



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



A 3 A 18352

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.



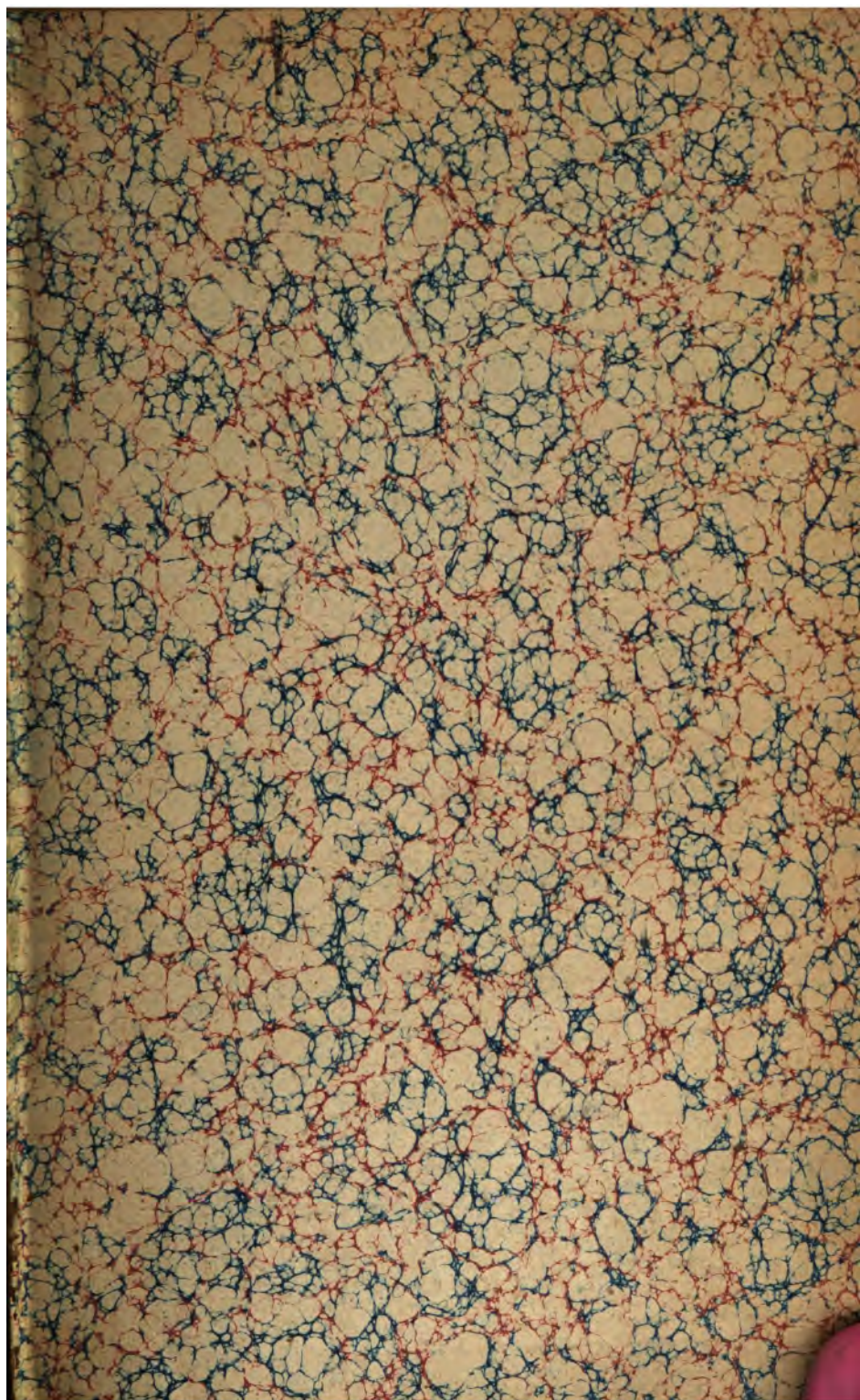
LIBRARY

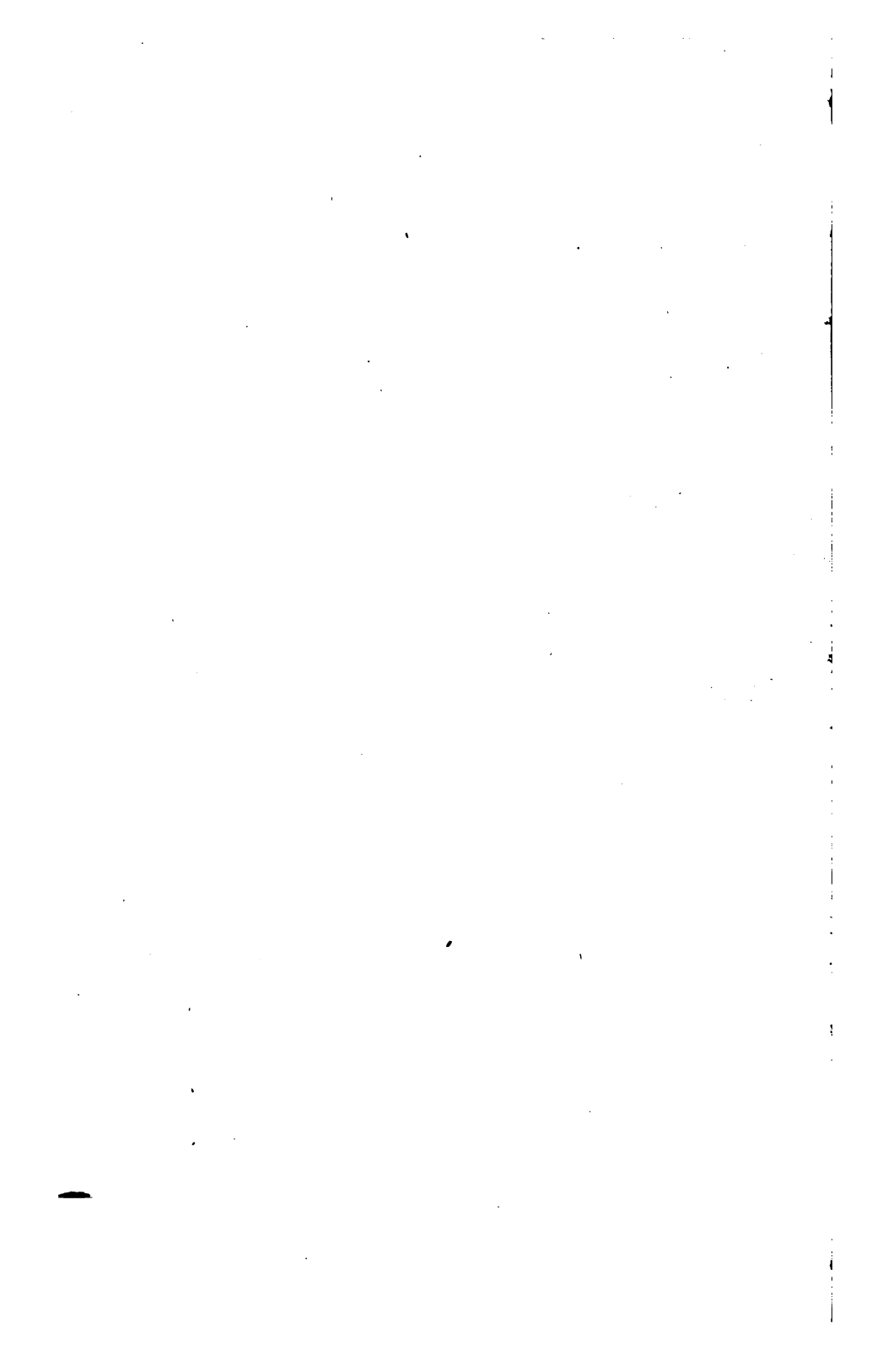
OF THE

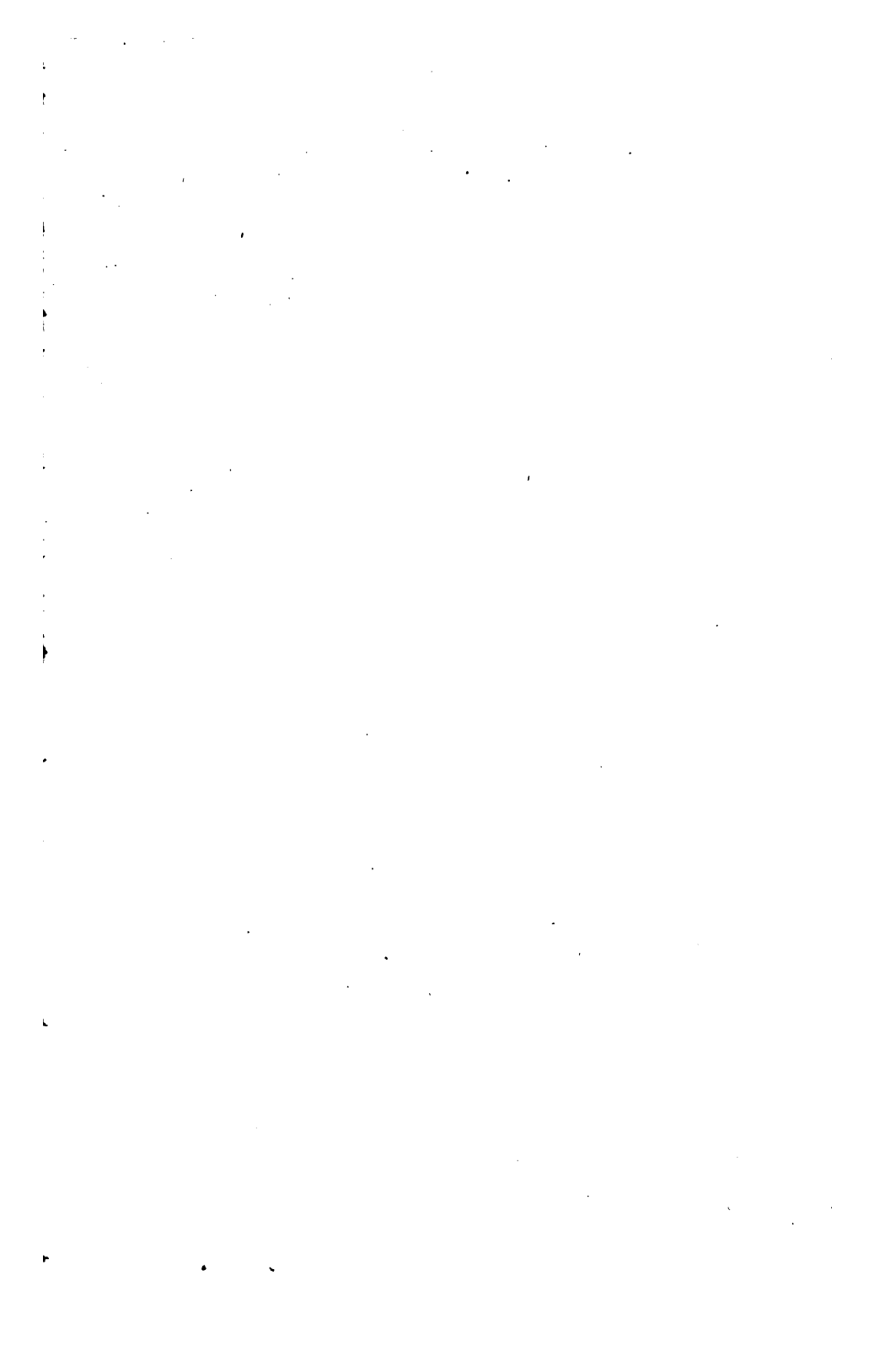
PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of *Henry F. Sears, M.D.*

1898









BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

ANATOMIE NORMALE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE — CLINIQUE

XXXIV^e ANNÉE — 1859

2^e SÉRIE — TOME IV

RÉDIGÉ

PAR LES D^{rs} MILLARD (1^{er} SEMESTRE) ET CHARRIER (2^e SEMESTRE),
SECRÉTAIRES

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

M DCCC LIX

8. 1. 1935. 2

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXXIV. ANNÉE. — 1889.

2^e SÉRIE. — TOME IV.

Bureau.

Président	MM. CRUVEILHIER.
Vice-Président	MILLARD.
Secrétaire	CHARRIER.
Vice-Secrétaire	GENOUVILLE.
Trésorier	BLAIN DES CORNIERS.
Archiviste, ...	POUMET.

Titulaires.

AXENFELD, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux,
BARTH, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté.
BESNIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BLAIN DES CORNIERS, ex-chef de clinique de la Faculté.
BONFELS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BROCA, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
BUCQUOY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

CHARRIER, ex-chef de clinique de la Faculté.
CRUVEILHIER, professeur à la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux.
FOVILLE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GALLARD, médecin des hôpitaux.
GENOUVILLE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MILLARD, interne des hôpitaux, D. M. P.
MOREAU (Alexis), ex-chef de clinique de la Faculté.
PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
POUMET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
TRÉLAT, agrégé de la Faculté.
VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
VIDAL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

Adjoints.

BAILLY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BALL, interne des hôpitaux.
BASTIEN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BECQUEREL, médecin de la Pitié, agrégé à la Faculté
BERTHOLLE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BIDARD, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BLACHEZ, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BOUREAU, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CADET DE GASSICOURT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CAMPANA, interne des hôpitaux.
CAVASSE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CHARNAL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
COULON, interne des hôpitaux.
DELESTRE, interne des hôpitaux.
DÉSORMEAUX, chirurgien de la Maternité.

- DOLBEAU, chirurgien des hôpitaux.
DUCHAUSSOY, agrégé à la Faculté.
DUFOUR, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
DUMONT-PALLIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FAUVEL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FORGET (Eugène), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FOURNIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GARNIER, interne des hôpitaux.
GIBERT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GELLÉ, interne des hôpitaux.
GERIN-ROZE, interne des hôpitaux.
GODART, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GUYON, ex-interne des hôpitaux, prosecteur de la Faculté.
ISAMBERT, chef de clinique de la Faculté.
JARJAVAY, professeur à la Faculté, chirurgien de Lourcine.
LABBÉ (Édouard), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LABBÉ (Léon), interne des hôpitaux.
LADREIT DE LA CHARRIÈRE, interne des hôpitaux.
LANCERREUX, interne des hôpitaux.
LANDRY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LEFORT, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.
LE GENDRE, ex-interne des hôpitaux, ex-prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, D. M. P.
LEROY (d'Étiolles) fils, D. M. P.
LIÉGEOIS, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.
LORAIN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LUTON, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LUYS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MAINGAULT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MARCÉ, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MAREY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MOLLOY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MOYNIER, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique.
MOYSANT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

NADAUD DES ISLETS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
NÉLATON (Eugène), interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.
PANAS, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.
PÉAN, interne des hôpitaux.
PERRIN (Maurice), agrégé au Val-de-Grâce.
PIBERET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
PILLON, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
POTAIN, médecin des hôpitaux.
RICHARD-MAISONNEUVE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
ROUGET, agrégé de la Faculté.
SCHLOSS, D. M. P.
SÉE (Marc), ex-interne des hôpitaux, professeur de la Faculté.
SIMON (Edmond), interne des hôpitaux.
SIREDEY, interne des hôpitaux.
TARNIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
TÉMOIN, interne des hôpitaux.
TILLAX, interne des hôpitaux.
VAUTRIN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
VOISIN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
VULPIAN, médecin des hôpitaux.
WIELAND, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
ZAMBACO, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

Honoraires.

BAUCHET, chirurgien des hôpitaux.
BOUTEILLIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CAUDMONT, D. M. P.
DECÈS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
DENUCÉ, professeur de pathologie chirurgicale à l'École de Bordeaux.

FOUCHER, chirurgien des hôpitaux.

HOUEL, ex-interne des hôpitaux, conservat^r du musée Dupuytren.

LEUDET, professeur de clinique médicale à l'École de Rouen.

RICHARD, médecin des hôpitaux.

ROMBEAU, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

Correspondants.

ALBY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

AUBRÉE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

BARBRAU, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

BERCIOUX, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

BINET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Genève.

BLIN (L.), ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Saint-Quentin.

BRESLAU, à Munich.

BUENDIA (M.-J.), à la Nouvelle-Grenade.

CANUET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

CHARCOT, médecin des hôpitaux.

COMBESSIS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Beaugency.

DA COSTA, à Rio-Janeiro.

DELOR, D. M. P.

DELPECH, médecin de la Maternité, professeur agrégé à la Faculté.

DESNOS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

DESRUELLES, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

DEVOUGES, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Corbeil.

DIDION, D. M. P.

D'ORNELLAS, D. M. P.

DOYEN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Reims.

ESPAGNE (A.), D. M. P., à Montpellier.

FLEUROT, ex-interne des hôpitaux, professeur de matière médicale à Dijon.

FOLLIN, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.

- GRAU, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Lima.
LAMBERT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LEDRU, D. M. P., à Clermont-Ferrand.
LEJUGE, D. M. P., à l'île Maurice.
LHONNEUR, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MORDRET, D. M. P., au Mans.
MURELLE, D. M. P., à Rouen.
PEREZ GONZALEZ, à Sainte-Croix de Palma (Iles Canaries).
PINAULT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Châteauroux.
POISSON, chirurgien de l'hôpital civil d'Alger.
ROCQUES, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
SACCAMANI, médecin de l'hôpital de Milan.
SAINET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
TASSEL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Elbeuf.
TITON, ex-interne des hôpitaux, D. M. P., à Châlons-sur-Marne.
TRAER (James), membre du Collège royal des chirurg. de Londres
TURNER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
VITALIS (Othon), à Constantinople.
-

BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

XXXIV^e ANNÉE. — JANVIER 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Testicule tuberculeux. — 2. Cancroïde de la verge et du scrotum. — 3. Tumeur du sinus maxillaire. — 4. Tumeur de la commissure labiale. — 5. Kyste du petit bassin. — 6. Hypertrophie concentrique du cœur. — 7. Adhérence complète et tubercules du péricarde. — 8. Croup et trachéotomie chez une petite fille de onze mois; discussion. — 9. Concrétion calcaire du muscle couturier. — 10. Cancers multiples de l'abdomen. — 11. Perforation de la trachée par un ganglion tuberculeux. — 12. Lésions de l'appareil génito-urinaire. — 13. Tumeur épithéliale de la langue. — 14. Ulcérations produites par la canule sur la paroi antérieure de la trachée; discussion. — 15. Hydrocéphalie consécutive à une hémorrhagie méningée.

OBSERVATIONS. — Hernie crurale étranglée; opération le dixième jour; mort; autopsie, par M. MILLARD.

Note sur la hernie à travers le ligament de Gimbernat, par M. LEGENDRE.

Invagination de l'iléon, du cæcum, du côlon ascendant et transverse dans le côlon descendant, dans l'S iliaque et le rectum, à la suite d'une violence extérieure; marche lente; abondant écoulement de sang par l'anus; péritonite; mort; autopsie, par M. DURANTE.

34^e ANNÉE. 1859. 2^e SÉRIE. T. IV.

PRÉSIDENTE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Témoin fait voir un *testicule tuberculeux* qui avait été considéré comme atteint de fongus avant son ablation. Il provient d'un homme de quarante-deux ans, entré vers la fin de novembre dans le service de M. Cullerier, et qui avait été atteint trois mois auparavant d'une blennorrhagie. Il n'avait fait aucun traitement, et, trois semaines avant son entrée, avait été pris d'une orchite des plus intenses, bientôt suivie d'abcès. L'ouverture du foyer et la rupture des diverses enveloppes avaient mis le testicule à nu. A son arrivée, on constatait que cet organe était revêtu d'une sorte de membrane blanchâtre, autour de laquelle végétaient des bourgeons charnus. Un bourrelet assez épais circoncrivait une ulcération à fond grisâtre, présentant des taches noirâtres, et d'où suintait un pus sanieux mêlé de sang. Au-dessous du testicule existait une tumeur très volumineuse; le cordon avait le volume du pouce; l'affection était presque indolente. Après avoir essayé sans succès les topiques pendant trois semaines, et sur l'avis de M. Ricord, appelé en consultation, M. Cullerier pratiqua la castration. L'examen de la tumeur montre que la membrane qui était à nu, recouverte de bourgeons charnus, était la tunique vaginale; le testicule au-dessous parait sain; il a conservé son volume, avec sa forme et sa consistance normales; derrière lui existe une masse considérable, dans laquelle se perd le cordon; il a été impossible de retrouver la tête de l'épididyme. M. Verneuil, qui a fait l'examen au microscope d'une portion de cette masse, n'y a pas trouvé de cancer, mais seulement du tissu fibro-plastique.

M. Dufour trouve ce fait très intéressant au point de vue de l'orchite blennorrhagique, et se demande quelle peut avoir été la cause de la suppuration. S'il y avait eu une application de sangsues, il en serait moins surpris. Il raconte, à ce propos, l'histoire d'un malade de Nîmes qui, après s'être fait traiter avec succès d'un rétrécissement urétral, avait conservé l'habitude de s'introduire lui-même des sondes, et avait gagné ainsi une orchite des plus intenses: le traitement consista en applications de sangsues sur le scrotum, frictions avec l'onguent napolitain suivies d'un emplâtre de Vigo. Cet emplâtre causa des douleurs très vives, et

fut arraché violemment par le malade, qui vint à Paris se faire soigner. Son scrotum était énorme, mollassé, très œdémateux, et était le siège d'un abcès d'où il s'écoula du pus mélangé de sang ; le foyer était en dehors de la tunique vaginale. M. Dufour attribue ce fâcheux résultat à l'application des sangsues et au traitement local trop énergique qui a été employé ; car, en dehors de ces circonstances, la suppuration de l'orchite blennorrhagique est très rare. Chez le malade dont il vient d'être question, on sentait, après l'évacuation du pus, une tumeur énorme, grosse comme une poix, très dure et développée dans le tissu cellulaire péri-épididymaire, et non aux dépens de l'épididyme.

M. Dufour avait d'abord pensé que le siège et la nature de la maladie étaient tout à fait semblables chez ce malade et chez celui de M. Témoin ; mais il n'en est rien, car, en fendant le testicule séance tenante, M. Dufour montre à la Société qu'il existe au centre de l'organe un foyer jaunâtre, bien circonscrit, qui a tous les caractères des tubercules du testicule. Cette lésion, qu'on n'avait pas soupçonnée, explique bien la marche des accidents, et le défaut de guérison après l'évacuation du pus, et elle détruit tout à fait le rapprochement établi avec l'autre malade cité plus haut, qui, au contraire, se rétablit très bien. M. Dufour a rapporté dans sa thèse et figuré un cas exactement pareil à celui qu'on présente aujourd'hui, et dans lequel une orchite blennorrhagique avait été le point de départ d'une évolution tuberculeuse : le malade était élève en médecine.

3. M. Royer montre un *cancroïde de la verge et du scrotum*, sur lequel il communique les détails suivants :

Rey (Frédéric), âgé de cinquante-six ans, tepeur de livres, entré le 17 novembre 1858, à l'hôpital du Midi, service de M. Guérinier, salle 12, n° 18. Aucun antécédent cancéreux dans la famille. Le malade affirme n'avoir jamais eu de maladie vénérienne, et l'on n'en trouve en effet aucune trace. Il y a huit mois, apparition d'une petite grosseur sur le dos de la verge, au bout de quatre à cinq jours elle s'élargit très manifestement, puis s'ulcère, et dès lors elle fait des progrès continuels.

Rey entre dans nos salles, le 17 novembre 1858, dans l'état suivant :

Le pénil, la verge, les trois quarts supérieurs du scrotum et même un peu de la peau de la face interne des cuisses forment une large surface saillante au-dessus des téguments voisins, rouge, saignant au moindre contact, et constituée par une foule de bourgeons d'une grosseur qui varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros pois; c'est comme un immense chou-fleur. Une ligne de démarcation très tranchée la sépare des parties saines environnantes.

Tous les poils du pénil ont disparu; on en trouve seulement quelques traces au-dessus de la tumeur. La verge, flasque, mamelonnée comme tout le reste, ne s'en distingue guère que parce qu'elle forme un bourgeon plus saillant. En bas, on voit encore une partie du scrotum, limitée par un bord net, renversé en dehors. Les ganglions de l'aîne ne sont pas engorgés. Du reste, à peine quelques douleurs; le malade souffre plutôt moralement que physiquement. La tumeur, qui est le siège d'une suppuration assez abondante, a été soumise à l'examen microscopique par M. Verneuil, qui n'y a trouvé que des éléments fibro-plastiques.

Le 7 janvier, le malade, qui est déjà très affaibli et qui mange à peine, est pris de fourmillements dans le pied droit: on constate un commencement de gangrène. Celle-ci fait des progrès les jours suivants, et le malade s'éteint le 14 janvier.

A l'autopsie, on constate que la tumeur ne dépassait pas les limites de la peau. Le tissu cellulaire sous-cutané est parfaitement sain. Les deux testicules étaient intacts et logés dans la portion du scrotum qui subsistait. Les canaux déférents ne présentaient également aucune altération. Les corps caverneux étaient flasques, affaissés, mais la production accidentelle ne les avait pas envahis. Rien dans les ganglions inguinaux. Parois vésicales très hypertrophiées. Aucune lésion dans les autres viscères, si ce n'est quelques tubercules crus aux sommets des poumons. L'artère tibiale antérieure et le tronc tibio-péronier sont oblitérés par un caillot adhérent tout à fait à leur origine; en bas, ces vaisseaux et ceux qui leur font suite sont affaissés et ressemblent à un filet nerveux.

M. Camille Gros présente :

3. A. Une tumeur du sinus maxillaire enlevée par M. Demarquay sur une femme âgée de cinquante-huit ans. Le début avait eu lieu, trois mois auparavant (octobre), par une petite excroissance de la voûte palatine, qui fut cautérisée par un dentiste, et se convertit bientôt en une ulcération végétante. Vers la fin de décembre seulement, la joue se tuméfia assez rapidement ; il survint de l'épiphora. M. Demarquay, qui a suivi le procédé habituel pour l'ablation du maxillaire supérieur, a rencontré des difficultés pour détacher en haut la tumeur qui s'enfonçait vers les sinus frontaux ; en arrière elle allait jusqu'aux apophyses ptérygoïdes, qui ont dû être réséquées avec des pinces de Liston.

M. Robin, qui a examiné au microscope une portion de cette tumeur, l'a trouvée « friable, blanchâtre, d'aspect encéphaloïde, » formée principalement de corps fusiformes fibro-plastiques, et » offrant peu de noyaux libres. Dans les points les plus mous ces » noyaux étaient plus abondants. »

M. Dufour, qui a déjà étudié cette tumeur, lui trouve une surface mamelonnée qui lui donne la plus grande ressemblance avec la substance cérébrale. Elle est ferme, blanche à la coupe, et présente par places de légères différences de coloration dues au plus ou moins de vascularité des parties dissemblables. On ne peut en exprimer de suc lactéscent par le raclage, mais seulement une sérosité transparente et peu abondante.

La tumeur, difficile à dissocier, ne renferme que les éléments suivants : matière finement granulée ; dans toute la masse, amas énorme de cellules fusiformes fibro-plastiques et noyaux libres ; lamelles à noyaux multiples, présentant l'aspect du tissu conjonctif en voie de formation, tel qu'on l'observe dans l'embryon.

4. B. Une tumeur de la commissure labiale gauche, enlevée par M. Demarquay sur un vieillard de soixante-dix-huit ans. Le début de l'affection remontait à un an ; le malade fut traité dans son pays, pendant six mois, à l'aide d'une préparation arsenicale caustique, secret de l'inventeur. Le mal faisant des progrès, il se décida à venir à Paris se faire opérer. La commissure labiale gauche était

envahie, et présentait une induration qui, sur une largeur d'un centimètre et demi, s'étendait du tiers externe de la lèvre inférieure à la lèvre supérieure, laquelle était intéressée également dans l'étendue d'un centimètre. La muqueuse labiale était mobile sur la tumeur au niveau de la lèvre supérieure, mais la peau faisait partout corps avec elle; une ulcération de la grandeur d'une pièce d'un franc occupait l'angle de la commissure. M. Demarquay fit une incision en V dont la base correspondait à cette ulcération, et, séparant la muqueuse de la tumeur, il l'enleva avec la peau qui lui adhérait.

M. Dufour, après avoir examiné la tumeur au microscope, a communiqué à M. Demarquay la note suivante : « Le siège insolite de la production pathologique à l'union des commissures labiales s'éloigne du véritable cancer. La pression ne fait pas sortir de suc, ni de ces grumeaux blanchâtres qui sortent comme des filaments de vermicelle des véritables cancroïdes, filaments formés de cellules épithéliales.

» L'induration fait corps avec la face profonde du derme; on y voit des follicules pileux et des glandes sébacées, et elle ne présente que les éléments normaux du derme accumulés en grand nombre (tissu élastique abondant, cellules fusiformes fibro-plastiques, noyaux de même nature, quelques gouttes de graisse). » Cette tumeur se rapproche entièrement des kéloldes par son aspect et sa composition histologiques. »

M. Guyon présente une variété assez rare de kyste du petit bassin, recueillie sur le cadavre d'une femme d'environ quarante ans, qui était livrée aux dissections. On a rencontré deux kystes dans la cavité du bassin; l'un, qui a été rompu par les élèves, présentait les caractères d'un kyste tubaire. Malgré l'évacuation de la poche, la trompe est restée gonflée, ce qui tient à ce que le kyste est multiloculaire. Les deux ovaires sont reconnaissables au milieu d'adhérences multiples. Le pavillon de la trompe, du côté opposé, est oblitéré en partie, comme cela arrive fréquemment. Le deuxième kyste présente cette particularité, qu'il siège dans le cul-de-sac utéro-rectal, précisément au-dessous du ligament de Douglas, qu'il

est tout à fait indépendant de l'ovaire et de la trompe, et que pourtant il présente un volume assez considérable. Les kystes que l'on observe quelquefois dans ces conditions sont beaucoup plus petits.

S'agit-il ici d'un kyste péritonéal, développé à la suite d'accidents inflammatoires? c'est ce qu'il n'est pas possible de déterminer. Mais M. Guyon fait remarquer que si la tumeur avait acquis un volume plus considérable, elle eût pu, par son siège, donner lieu à une erreur de diagnostic et faire croire à une hématocele. Ici le contenu de la poche kystique est purement séreux, bien qu'il soit très légèrement coloré en rouge.

M. Mercier prend la parole à l'occasion de l'oblitération des trompes, signalée par M. Guyon. Il rappelle qu'en 1837 et en 1838 il a présenté à la Société les organes génitaux d'une jeune fille morte de fièvre typhoïde. Elle avait accusé une blennorrhagie antérieure, et M. Mercier a en effet trouvé les traces d'une vulvovaginite et d'une métrite qui s'étaient propagées aux trompes et avaient déterminé leur oblitération. M. Mercier a fait des recherches sur ce sujet, et a pu suivre plusieurs femmes qui, après avoir présenté des phénomènes inflammatoires du côté de l'utérus et des annexes, étaient devenues stériles; ce qui s'explique parfaitement par le mécanisme de l'oblitération tubaire signalée plus haut.

6. M. Tissier fait voir un exemple d'*hypertrophie concentrique du cœur*, recueilli chez une femme morte d'hémorrhagie cérébrale dans le service de M. le professeur Rostan. L'auscultation du cœur n'a malheureusement pas été pratiquée pendant la vie. A l'autopsie, on a trouvé cet organe avec son volume normal, mais présentant une hypertrophie concentrique très considérable des parois du ventricule gauche, dont la cavité est presque entièrement effacée. La valvule auriculo-ventriculaire correspondante était épaissie et un peu cartilagineuse; pas d'autre lésion aux bristices.

7. *M. Camille Gros* montre un cœur avec *adhérence complète du péricarde et des granulations tuberculeuses* qui paraissent développées dans le tissu cardiaque. La pièce a été recueillie sur un phthisique, mort dans le dernier degré du marasme. Le péricarde a doublé d'épaisseur. Il adhère presque partout et si fortement au cœur, qu'il ne peut en être séparé sans déchirure ; il est en outre semé d'une foule de granulations jaunâtres, du volume d'une tête d'épingle, exactement semblables, pour l'aspect, à celles que renfermaient les poumons et qui semblent avoir pris naissance sous la séreuse viscérale, dans le tissu musculaire du cœur. La pièce a été plongée dans un liquide conservateur, et n'a pu être soumise à l'examen du microscope.

M. Vidal pense que ces granulations sont plutôt développées dans le péricarde épaissi que dans le tissu même du cœur.

M. Millard, à l'appui de cette opinion, rappelle combien la tuberculisation du cœur, proprement dite, est rare, même chez les enfants. Sur un grand nombre d'autopsies de tuberculeux, pendant un séjour de dix-neuf mois à l'hôpital des Enfants malades, il n'a rencontré qu'un seul exemple de tubercules crus développés dans l'intérieur des fibres musculaires du cœur. Ici, comme c'est le cas le plus ordinaire, les granulations se sont développées sous le péricarde, par une disposition analogue à celle des tubercules des autres séreuses.

M. Cruveilhier émet des doutes à la fois sur la nature tuberculeuse des granulations et sur leur siège. Il pense qu'elles sont extérieures au feuillet séreux, et représentent cette couche granuleuse, qu'il est si commun d'observer dans presque toutes les péricardites chroniques. Il n'y a pas de membrane séreuse plus sujette que le péricarde au développement de granulations qui ne sont pas tuberculeuses.

8. *M. Edouard Cruveilhier* montre les *organes respiratoires* d'une petite fille de onze mois, opérée du croup à l'hôpital Beaujon par *M. Verneuil*, et qui a succombé cinq heures après, bien que les poumons aient été trouvés parfaitement sains et que les fausses membranes n'eussent pas encore dépassé le larynx. Malgré une

oppression extrême, on n'avait pas constaté d'anesthésie au moment même de l'opération.

Le soulagement se manifesta lentement ; cependant il s'était établi quand l'enfant fut pris presque subitement d'oppression, et succomba en quelques minutes. Pour toute lésion pulmonaire, on n'a trouvé qu'une légère congestion à la base du poumon gauche.

M. *Cruveilhier* exprime l'opinion que les poumons, quoique sains en apparence, étaient peut-être œdémateux. On ne recherche pas assez cette altération, qui pourrait être plus fréquente dans le croup qu'on ne le suppose.

M. *Millard* considère l'œdème du poumon comme fort rare dans les autopsies de croup ; les lésions pulmonaires les plus fréquentes sont la congestion, la pneumonie et la bronchio-pneumonie. Le fait présenté par M. E. *Cruveilhier* montre une fois de plus le peu de chances de succès qu'offre la trachéotomie dans le cas de croup, pratiquée dans le premier âge, malgré les meilleures conditions. M. *Millard* rappelle que si M. *Scoutteten* a opéré lui-même avec succès sa fille âgée de six semaines seulement, c'est qu'il s'agissait d'une laryngite striduleuse, et non d'un croup. Dans les recherches qu'il a consignées dans sa dissertation inaugurale, M. *Millard* n'a trouvé dans la science que deux succès de trachéotomie dans le cas de croup, obtenus avant l'âge de deux ans : l'un sur un enfant de quatorze mois, opéré par M. *Trousseau*, l'autre sur un enfant de vingt-trois mois, opéré par M. *Maslieurat-Lagémard*.

M. *Vernel* donne quelques détails sur l'opération. Il a pu se convaincre de la difficulté qu'on peut éprouver dans certains cas à bien établir la différence entre la deuxième et la troisième période. Au moment où l'enfant fut apportée à l'hôpital, elle avait une dyspnée modérée, quoique caractéristique, et on pensa tout d'abord que l'opération ne deviendrait urgente que plus tard, dans le courant de la journée. Mais tout à coup se déclara un accès de suffocation des plus violents et assez prolongé ; peut-être se fût-il calmé et l'enfant serait-elle revenue à son état primitif, mais la crainte d'une asphyxie promptement engagea M. *Verneuil* à faire immédiatement l'opération. Celle-ci fut laborieuse pour diverses raisons : 1° le dé-

faut d'instruments convenables, et particulièrement du dilateur, qui fut remplacé par une pince à disséquer ordinaire ; 2^e l'étrétesse extrême de la trachée qui, au fond de la plaie, ne paraissait pas plus grosse qu'une plume à écrire. Il y eut peu d'écoulement de sang, bien que M. Verneuil ait pu se convaincre qu'il n'est pas toujours aussi facile qu'on veut bien le dire, de ménager les vaisseaux ; l'incision de la trachée ne fut pas pratiquée d'emblée sur la ligne médiane et dut être agrandie par une seconde incision. Enfin on ne put introduire que la canule interne d'une canule double assez étroite. Mais telle-ci placée, l'enfant, au lieu d'être soulagée, présenta un état grave, des plus inquiétants, et que M. Verneuil ne sait s'il doit rapporter à la syncope plutôt qu'à l'asphyxie. Il fait appel à l'expérience des membres de la Société qui ont une plus grande habitude de la trachéotomie dans le cas de croup, et particulièrement des internes de l'hôpital des Enfants.

M. Millard dit avoir été témoin de trois cas de mort réelle et de plusieurs cas de mort apparente au moment même de l'opération de la trachéotomie, et que toujours il a attribué les accidents plutôt à l'asphyxie qu'à la syncope. Sans nier la possibilité de la syncope qui est citée parmi les accidents immédiats de la trachéotomie par tous les auteurs qui ont traité de cette matière, M. Millard la croit incomparablement plus rare que l'asphyxie, et pour sa part, sur un très grand nombre d'opérations auxquelles il a assisté, il n'en a jamais vu d'exemple.

M. Vidal pense qu'il ne faut pas admettre seulement l'asphyxie ; il croit que les enfants très jeunes sont surtout prédisposés à ce genre d'accident, et qu'il faut attribuer une grande part à l'ébranlement du système nerveux.

M. Verneuil fait remarquer que l'enfant n'a présenté aucun des signes extérieurs de l'asphyxie, et que l'autopsie n'a pas davantage révélé les traces de cet accident.

9. M. Guyon fait voir une concrétion calcaire, trouvée sur un cadavre de l'École pratique dans l'épaisseur du muscle cou-

fier. Elle se compose de matière purement crétacée et est renfermée dans un kyste bien délimité, indépendant de tout lien vasculaire. M. Guyon rappelle qu'il a déjà présenté des concrétions analogues, mais développées à la face supérieure du diaphragme, sous la plèvre.

10. M. Millard montre les viscères abdominaux d'un homme âgé de quarante-deux ans, qui a succombé à des *productions cancéreuses multiples*, développées dans l'estomac, le pancréas, le foie, et ayant envahi le grand épiploon, le mésentère, ainsi que la face profonde des parois abdominales. Le malade, garçon d'abattoir, adonné aux liqueurs fortes, faisait remonter à neuf mois seulement le début des accidents; il présentait ceci de particulier qu'il n'avait éprouvé de troubles marqués de la digestion que dans les trois premiers mois; il n'avait jamais eu, même à cette époque, de vomissements spontanés; seulement, quand les pesanteurs d'estomac étaient trop pénibles; il était obligé de les provoquer avec le secours des doigts enfoncés dans la gorge; il a toujours conservé de l'appétit jusqu'au dernier moment. Vers le second mois de sa maladie, il avait eu une hémorrhagie intestinale, suivie le lendemain d'une hématomèse assez abondante; mais ces accidents ne s'étaient jamais renouvelés depuis. Au bout de trois mois, le ventre commença à enfler peu à peu, en même temps que l'amaigrissement de la face et des membres faisait de rapides progrès. L'ascite exista seule pendant environ six mois, mais dans les trois dernières semaines de la vie, elle se compliqua d'œdème des membres inférieurs. Jamais il n'y eut d'ictère. Après avoir parcouru successivement divers hôpitaux, le malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 7 janvier, dans le service de M. Grisolles; il présentait les signes suivants: teint cachectique jaunâtre des plus prononcés; maigreur extrême de la face et des membres supérieurs contrastant avec le volume du ventre et des membres inférieurs affectés d'œdème; foie petit, sans bosselures; pas de tumeur appréciable au palper dans aucun point de l'abdomen; aucune douleur, appétit conservé, pas d'éruptions; diarrhée fétide depuis quelque temps, commencement d'eschares au sacrum. L'idée d'une cirrhose fut écartée à cause de la rapidité de la marche;

et malgré l'absence de vomissements et de troubles actuels de la digestion, en raison de l'hématémèse du début et des phénomènes gastriques qui avaient coïncidé dans les trois premiers mois avec l'amaigrissement, M. Grisolle diagnostiqua un cancer de l'estomac, étendu par voisinage à la face inférieure du foie. — Deux jours après son entrée, le malade eut une épistaxis assez abondante. Le 12 janvier, on sentit pour la première fois, sur les limites de l'hypochondre droit et de l'épigastre, deux petites tumeurs superficielles ayant le volume et la forme d'une amande, et qui s'étaient développées très rapidement à la face profonde de la paroi abdominale. Le lendemain, une troisième tumeur plus étendue et également superficielle, était facilement sentie plus en arrière, le long du rebord des fausses côtes droites.

Le malade mourut d'épuisement le 17 janvier. L'autopsie a confirmé en tous points le diagnostic porté pendant la vie. L'estomac présentait une vaste ulcération cancéreuse au niveau de sa petite courbure et surtout à sa face postérieure, laquelle est envahie presque en totalité par un cancer volumineux occupant aussi le corps et la queue du pancréas. L'orifice pylorique est parfaitement libre, ce qui explique l'absence des vomissements. Le foie, peu développé, a conservé une surface assez régulière; il renferme, à divers degrés de profondeur, un assez grand nombre de tumeurs cancéreuses dont le tissu est dur, lardacé, criant sous le scalpel. Le cancer a envahi également le grand et le petit épiploon, les parois de l'hiatus de Winslow qui sont énormément épaissies et le mésentère qui est farci de noyaux cancéreux. Enfin la face profonde des parois antérieure et latérale de l'abdomen présentait un certain nombre de plaques de tissu cancéreux, faisant relief sous le péritoine; celles qu'on avait senties dans les derniers jours de la vie étaient développées à la face postérieure du muscle droit. La rate, les reins et les capsules surrénales n'avaient pas été envahis par le cancer; il en était de même de la colonne vertébrale sur laquelle on a pratiqué diverses coupes. Le tronc de la veine porte, quoique entouré de toutes parts par du tissu cancéreux, avait conservé sa perméabilité.

M. Tarnier fait remarquer que les exemples de cancer stomacal sans vomissements ne sont pas extrêmement rares. Il cite un fait

qu'il a observé à l'hôpital Beaujon : en faisant l'autopsie d'un homme qui n'avait jamais eu de vomissements, il allait laisser de côté l'estomac, qu'il s'était borné à tâter extérieurement et qui ne lui avait fourni au doigt que la sensation de mollesse pâteuse due habituellement aux détritux alimentaires, lorsque le chef de service, M. Béhier, insista pour qu'on examinât l'intérieur du ventricule; on y découvrit une tumeur cancéreuse à une période avancée de ramollissement et qui avait laissé intact l'orifice pylorique.

11. M. Gellée fait voir une *perforation de la trachée au niveau de sa bifurcation, due à un ganglion tuberculeux* qui a produit deux orifices distincts à l'origine de chacune des grosses bronches. L'enfant n'avait jamais expectoré de matières particulières susceptibles de mettre sur la trace de cet accident qui n'a été constaté qu'à l'autopsie.

12. M. Dolbeau montre *plusieurs lésions de l'appareil génito-urinaire*, trouvées sur un cadavre de quarante-cinq à cinquante ans. — C'est la difficulté à pratiquer le cathétérisme qui a mis sur la voie de l'existence des lésions que nous allons décrire. — La dissection superficielle des organes génito-urinaires a permis de constater : 1° une hypertrophie considérable de la paroi musculieuse de la vessie qui présente une épaisseur qui varie entre un demi-centimètre et un centimètre; 2° les vésicules séminales sont extrêmement développées, elles renferment un liquide de couleur jaune ambré, de consistance semi-solide; 3° la prostate présente un volume à peu près normal; 4° en essayant de séparer la paroi antérieure du rectum d'avec la face postérieure de la prostate, on tombe dans une cavité du volume d'un gros œuf de pigeon. Cette cavité est limitée : en avant, par la face postérieure de la prostate; en arrière, par la face antérieure du rectum; en haut, par le cul-de-sac péritonéal qui recouvre seulement le quart supérieur de la glande; en bas, par l'adhérence de l'intestin avec le sommet de la prostate. Cette cavité, située sur la ligne médiane, s'étend un peu vers la partie latérale gauche. L'intérieur de cette cavité acciden-

telle est lisse, elle présente quelques brides celluluses qui vont d'une paroi à l'autre; à la partie inférieure, on trouve un orifice irrégulier qui laisserait passer une plume d'oie et que nous verrons communiquer avec l'urèthre. Cette cavité renfermait un liquide séro-sanguin, de petits caillots, mais pas de pus. — Une coupe de la face supérieure de l'urèthre pratiquée, sur une sonde cannelée, permet de constater de nouvelles lésions : 1° à 13 centimètres du méat on trouve un orifice, sorte de boutonnière dont le grand diamètre est dirigé suivant la longueur du canal. Cet orifice a un centimètre d'étendue, il occupe la face inférieure de l'urèthre. Une bougie introduite à travers cette boutonnière, pénètre dans un trajet assez irrégulier qui, après avoir cheminé au-dessous de la face inférieure de la région membraneuse, arrive jusque dans la cavité que nous avons mentionnée en arrière de la prostate. Cette fausse route a 3 centimètres $1/2$ de longueur. 2° Une maladie de l'urèthre qui commence juste en arrière de la fausse route et qui s'étend jusqu'au col de la vessie. Si l'on examine cette portion de l'urèthre, on constate que la muqueuse présente une coloration générale rouge, violacée, ardoisée, blanche, à la manière des cicatrices, dans quelques points. La surface muqueuse est très irrégulière, on y observe des plis, des brides, des excavations, en un mot, les traces bien évidentes d'une ancienne maladie de la muqueuse. Quant au calibre de l'urèthre, il est très rétréci à la partie antérieure; la lésion commence évidemment par un rétrécissement circulaire reconnaissable à un tissu blanc, sorte d'anneau qui entoure tout le canal; plus en arrière, l'urèthre a son calibre à peu près normal. Le tissu sous-muqueux ne présente pas la moindre induration. Les fibres musculaires qui correspondent à la région membraneuse, sont très hypertrophiées. L'examen de la pièce nous a convaincu que cette maladie du canal de l'urèthre occupait bien la région membraneuse, et qu'elle n'avait aucun rapport avec le tissu spongieux de l'urèthre et du bulbe. 3° Plus en arrière on trouve le verumontanum un peu plus saillant que d'habitude, l'orifice de l'utricule prostatique est assez largement ouvert, il permet l'introduction d'une petite sonde. Sur les côtés de cet orifice il est impossible de constater l'embouchure des conduits éjaculateurs. L'utricule incisée dans toute sa longueur s'étend jusqu'à la petite encoche qu'on décrit sur le bord supérieur

de la prostate. Cette cavité a 2 centimètres $1/2$ de longueur sur $1/2$ centimètre de largeur, ses parois sont blanches, assez épaisses, lisses. — Dans l'intention de constater la disposition des conduits éjaculateurs, nous avons fait une petite ouverture à leur origine, au niveau des vésicules séminales; alors un crin poussé avec précaution dans l'intérieur de ces canaux est venu sortir dans la cavité de l'utricule, celui de droite à 2 millimètres, celui de gauche à 4 millim. $1/2$ en arrière du repli qui limite l'entrée de l'utricule.

Pour nous résumer, nous dirons que cette pièce présente : 1° un bel exemple de fausse route au niveau du rétrécissement de l'urèthre; 2° une maladie de la portion membraneuse de l'urèthre avec un rétrécissement cicatriciel de cette région, sans altération des tissus sous-jacents; 3° un développement notable de l'utricule prostatique; 4° une embouchure anormale des conduits éjaculateurs. C'est la deuxième fois que nous observons l'ouverture de ces conduits à l'intérieur de l'utricule. On trouvera la relation du premier fait dans le travail de M. Jarjavay sur l'urèthre.

M. Houel est porté à révoquer ici en doute l'existence d'une véritable fausse route en se fondant sur les raisons suivantes : 1° Les exemples de fausses routes siégeant en avant de la portion membraneuse sont très rares; cette rareté s'explique parce que l'urèthre est là très mince, très superficiel, et que la sonde, pour se dévier ainsi, aurait à faire un trajet sous-cutané très long et ensuite à traverser toute la profondeur du périnée, ce qu'il est difficile d'admettre. 2° L'ouverture antérieure de cette fausse route lui paraît peut-être artificiellement produite par le bistouri, car elle est linéaire, très régulière, à bords souples, tandis que, s'il s'agissait d'une véritable fausse route produite par la sonde, l'orifice serait béant et les bords seraient épaissis et indurés. M. Houel est donc plutôt disposé à voir une anomalie, un vice de conformation dans cette pièce.

M. Dolbeau répond que les fausses routes ne lui paraissent pas plus impossibles dans cette région qu'ailleurs; il est tout simple que dans les rétrécissements (rares d'ailleurs) de la portion membraneuse, la sonde soit arrêtée en avant, au niveau du bulbe, et la portion membraneuse, loin d'être sous-cutanée, est au contraire très profonde, puisqu'elle forme le sommet de la courbure

de l'urèthre. Dans le cas actuel, la fausse route n'est pas contable ; elle a été disséquée en présence de MM. Lefort et Godard ; elle a pu être dénaturée par la macération dans l'alcool, et d'ailleurs elle n'est pas ancienne et a dû être pratiquée dans les derniers moments de la vie, peut-être par une main inexpérimentée ; ce qui tend à confirmer cette hypothèse, c'est qu'on n'a pas pénétré dans la vessie qui était pleine d'urine, et que la cavité accidentelle où aboutissait la fausse route renfermait non pas du pus, mais un liquide séro-sanguin.

13. M. Delaunay montre une *tumeur épithéliale de la langue* sur laquelle il donne les détails suivants : Lequeux, âgée de soixante-deux ans, femme de ménage, est entrée le 20 janvier dans le service de M. Huguier, pour être traitée d'une tumeur de la langue. Cette femme nie tout antécédent syphilitique, et l'on ne peut reconnaître chez elle aucune trace de vérole, soit passée, soit actuelle. Pas d'antécédents cancéreux dans sa famille.

Il y a cinq mois, elle commença à souffrir de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Alors elle portait à la mâchoire supérieure droite deux mauvaises dents qui venaient irriter le bord correspondant de la langue. Il y avait sur ce bord un point dur, douloureux, qui alla augmentant toujours d'étendue, bien que les dents qu'elle regardait comme la cause du mal eussent été enlevées. Elle ne tarda pas à éprouver une grande gêne dans les mouvements de la langue, et même à être obligée de ne manger que des soupes et des aliments d'une consistance molle. Amaigrissement notable depuis cinq mois. Sur le bord droit de la langue, on trouve une tumeur du volume d'une petite prune occupant presque toute l'épaisseur de la langue dans le sens vertical, mais qui, en dessus et en dessous, est encore revêtue par une muqueuse saine. Elle s'étend en bas et en dedans jusqu'à peu de distance du frein, en dedans et en haut jusque vers la ligne médiane qu'elle n'atteint pas, en arrière et en suivant le bord libre de la langue jusqu'à 2 1/2 centimètres de la pointe. Cette tumeur est dure, douloureuse au toucher et par les mouvements de la langue, donnant lieu parfois à des élancements spontanés et présentant sur sa face libre une partie ulcérée, un peu creusée en entonnoir, grisâtre, débor-

dée partout par l'induration. Le liquide qui en suinte est peu abondant, n'a pas d'odeur et n'incommode pas la malade. Mastication et déglutition gênées et assez douloureuses pour que la malade redoute de manger. La prononciation est nette. Un ganglion sous-maxillaire du même côté est engorgé; il a été parfois plus gros, au dire de la malade.

Opération le 23 janvier. — M. Huguier enfonce en dedans de la tumeur et à travers la langue une aiguille dans le chas de laquelle on passe un fil double qui sert à faire passer par le même trou d'une part le fil d'argent d'un serre-nœud de Graefe, d'autre part la chaîne d'un écraseur. De la sorte on peut étreindre la tumeur dans tous les points par lesquels elle tient aux tissus voisins et opérer sa section complète. La section est douloureuse, mais une fois opérée, il n'y a pas d'hémorrhagie, soit immédiate, soit consécutive.

Examen de la tumeur. — On trouve que partout les tissus morbides ont été dépassés, et si l'on fait une coupe transversale de la tumeur parallèlement à la face supérieure de la langue, on voit que cette tumeur a la forme d'un cône dont le sommet tronqué serait dirigé vers la ligne médiane de la langue, et que ses dimensions en profondeur sont relativement considérables.

A la coupe, on trouve que par la netteté de ses contours et sa coloration d'un blanc rougeâtre, la tumeur tranche d'une manière évidente sur les tissus sains environnants. La coupe est grenue d'autant plus finement que la partie qu'on examine est plus profonde. Le grenu devient plus gros lorsqu'on s'approche de la base superficielle de la tumeur; celle-ci est même aréolaire autour de l'ulcération déjà signalée sur sa partie libre, et qui a un peu excavé celle-ci. Enfin la tumeur, d'une consistance ferme et élastique dans ses parties profondes, devient friable autour du point ulcéré.

14. M. Garnier montre deux exemples d'ulcérations produites par la canule sur la paroi antérieure de la trachée. Le premier a été recueilli sur un enfant de vingt-trois mois, opéré du croup in extremis, et mort le dixième jour de broncho-pneumonie. Il était très irascible et n'avait jamais pu se passer de canule un seul instant.

À 2 centimètres au-dessous de la plaie, existe une ulcération ayant détruit toute la paroi antérieure de la trachée et telle que la canule devait se trouver en rapport avec le tronc brachio-céphalique artériel. Dans l'autre cas, observé sur un enfant de deux ans, mort de convulsions treize jours après l'opération, on avait été frappé d'une suppuration très abondante au pourtour de la plaie à chaque pansement; jamais non plus la canule n'avait pu être retirée. Immédiatement au-dessus de l'ouverture, la trachée présente sur sa paroi antérieure deux ulcérations très-étendues, ou plutôt deux perforations qui étaient en rapport immédiat avec le tronc brachio-céphalique; la cavité du larynx est déjà manifestement rétrécie.

M. *Blachez* rappelle, à propos de ces faits, l'observation qu'il a présentée l'an dernier à la Société d'un enfant mort six semaines après l'opération, dans un accès de suffocation survenu parce que le petit malade s'était pincé le doigt dans une porte. Jusque-là, il n'avait jamais pu se passer de canule, et l'autopsie démontra un commencement d'atrésie du larynx.

M. *Coulon* pense qu'il y a deux raisons pour expliquer l'ulcération de la trachée dans les deux faits présentés par M. Garnier : 1° l'âge des enfants ; 2° le séjour prolongé de la canule.

M. *Vidal* appuie l'opinion de M. *Coulon*; ces ulcérations ne sont pas rares, et M. *Vidal* en a déjà montré plusieurs exemples. Elles se produisent toujours à la face antérieure de la trachée contre laquelle appuie le bec de la canule, et se produisent avec d'autant plus de facilité que le calibre de cette dernière est plus étroit.

M. *Blachez* ne croit pas que ces ulcérations soient en rapport avec le séjour prolongé de la canule; dans le fait cité plus haut, la canule était restée six semaines en place, et pourtant il n'y avait pas trace d'ulcération.

M. *Barth* attribue également à l'âge peu avancé des sujets une influence bien plus fâcheuse qu'au séjour prolongé de la canule. Il cite l'exemple d'un syphilitique qu'il a pu suivre pendant deux ans après la trachéotomie, et qui, malgré la présence constante de la canule, n'a jamais eu d'ulcérations de la trachée. Quand cet

accident arrive, il se produit toujours sur la paroi antérieure, parce que celle-ci est beaucoup plus rigide que la postérieure et cède moins facilement aux pressions exercées par la canule. Chez les sujets qui gardent longtemps l'instrument en place, la trachée, quand on essaye de le retirer, a souvent de la tendance à se rétrécir d'avant en arrière, parce que la paroi postérieure, flasque et mobile, ne se trouve plus soutenue et semble se rapprocher de la paroi antérieure. C'est pour remédier à cet inconvénient qu'un jeune homme, opéré il y a deux ans à l'hôpital Beaujon pour un œdème de la glotte consécutif à une fièvre typhoïde, et qui est actuellement infirmier à Sainte-Périne, est encore obligé aujourd'hui de porter constamment, non pas une canule, mais un bout de sonde qui n'a d'autre effet que de faciliter sa respiration en refoulant la paroi postérieure de la trachée.

M. Houel demande si le premier malade cité par M. Barth pouvait rester longtemps et respirer facilement sans canule. Dans ces derniers temps, on a présenté à la Société de chirurgie un grand nombre d'individus trachéotomisés pour diverses affections et qui n'ont jamais pu se passer définitivement de canule. Cela s'explique, parce qu'au bout d'un temps assez court il se produit un rétrécissement du larynx dû en grande partie au rapprochement et à l'atrophie des cartilages aryénoïdes.

M. Barth rappelle que dans son *Mémoire sur les Indications de la trachéotomie*, inséré dans les *Archives de médecine* de 1838, il a publié l'observation détaillée de ce malade. Il n'a jamais pu se passer de la canule que temporairement, et une nuit que celle-ci s'était échappée et ne put être réintroduite facilement tout d'abord, il faillit mourir asphyxié. Il l'a toujours conservée depuis, sinon constamment, du moins il ne pouvait l'enlever que pour un temps assez court. Il semblait se passer dans sa trachée quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans les rétrécissements de l'urètre, qui permettent de temps en temps une miction plus facile et s'accompagnent parfois tout d'un coup de rétention complète d'urine, sous l'influence d'une cause occasionnelle.

M. Schloss dit avoir vu en Allemagne un jeune homme qui portait depuis dix-huit mois une canule et n'avait jamais pu s'en passer.

M. Jules Guyot a suivi depuis sa sortie de l'hôpital Beaujon l'opéré qui est actuellement infirmier à Sainte-Périne, et il sait qu'il est sujet maintenant à des hémoptysies qui sont peut-être produites par le séjour prolongé du corps étranger dans la trachée.

15. M. Garnier présente une pièce relative à un cas d'*hydrocéphalie consécutive à une hémorrhagie méningée*, et qui a été traité par la ponction du crâne. L'enfant était âgé de deux ans, avait été bien portant jusqu'à l'âge de douze mois, époque à laquelle il avait été pris brusquement de convulsions; depuis, sa tête avait progressivement augmenté de volume et pris tous les caractères de l'hydrocéphalie. Les progrès de la maladie et la conservation d'un reste d'intelligence, joints à la nature de l'hydrocéphalie qu'il considérait comme arachnoidienne à cause des antécédents, engagèrent M. Barthé à tenter la ponction. Celle-ci fut pratiquée avec un trocart capillaire au niveau de la fontanelle antérieure, et donna issue à 300 grammes d'un liquide qui renfermait beaucoup d'albumine et des globules sanguins à divers états. La piqûre continua à laisser écouler de la sérosité; l'enfant maigrit très rapidement et succomba le troisième jour, sans convulsions ni phénomènes cérébraux. L'autopsie a démontré qu'en effet le liquide était bien contenu dans la cavité de l'arachnoïde, mais enkysté dans deux loges distinctes dont une seule, la droite, avait été ouverte. Cette circonstance aurait pu être soupçonnée pendant la vie, car on avait remarqué que la voûte crânienne, au lieu d'être uniformément dilatée, présentait une saillie plus grande du côté gauche. Les deux kystes ont des parois dures, fibreuses, qui présentent des traces de vaisseaux et un commencement d'organisation; le droit est incomplet, et ne renfermait plus que de la sérosité sanguinolente; le gauche est au contraire complet et était rempli de liquide chocolat mélangé à des caillots.

M. Barthé a émis, il y a déjà longtemps, l'opinion que dans les 19/20^{es} des cas d'hydrocéphalie, le liquide était accumulé non pas dans la cavité arachnoïde, comme on l'a cru souvent, mais dans l'intérieur des ventricules. C'est l'amaigrissement extrême des parois ventriculaires qui a le plus souvent été cause de cette erreur.

Ici il n'est pas douteux que l'hydrocéphalie soit arachnoïdienne, ce qui tient à ce qu'au lieu d'être congénitale et essentielle, elle était acquise et la conséquence d'une hémorrhagie méningée, ainsi que l'avait diagnostiqué M. Barthez.

M. Foville : La ponction du crâne dans le cas d'hydrocéphalie est une opération qui se pratique bien plus rarement en France qu'à l'étranger. J'ai vu récemment en Angleterre une petite fille de sept ans, très hydrocéphale, qui a déjà subi cinq à six fois cette opération. Chez elle, l'hydrocéphalie est ventriculaire et paraît avoir été congénitale. Elle éprouve une très légère amélioration et elle reprend un peu d'embonpoint après chaque ponction.

M. Vidal : Le mot *hydrocéphalie* devrait être réservé aux hydropsies ventriculaires; dans les cas semblables à celui-ci, ce sont plutôt des *kystes hématiques* consécutifs à des hémorrhagies méningées; l'affection est donc toute différente.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. OPÉRATION LE DIXIÈME JOUR. MORT.
AUTOPSIE. Observation par M. MILLARD.

Dominique Deny, âgé de trente-huit ans, garçon de magasin, est apporté le 30 décembre au soir avec tous les signes d'un obstacle au cours des matières fécales. Il se porte bien d'habitude, n'a jamais fait de maladie grave, va régulièrement à la selle tous les jours, n'est sujet ni à la constipation, ni à la diarrhée, n'éprouve jamais de coliques, et affirme n'avoir jamais eu de signes de hernie. Le vendredi 24 décembre, sans cause connue, sans avoir fait d'effort violent ni d'excès d'aucun genre, il fut pris brusquement, vers deux heures de l'après-midi, de douleurs sourdes dans le bas-ventre, particulièrement fixées aux environs et au-dessous de l'ombilic. En même temps, il ne tarda pas à vomir les aliments qu'il avait pris à midi; il eut une garde-robe peu abondante, mais depuis il n'a pas pu, malgré un besoin continu, en obtenir d'autre. Il lui était impossible de rester debout; il dut se mettre au lit, et depuis vendredi soir il n'a cessé de vomir tout ce qu'il a essayé de prendre. Il se borna à mettre des cataplasmes sur le ventre, et c'est le lendemain matin seulement, 25 décembre,

et tout à fait par hasard, qu'en arrangeant son cataplasme, il sentit dans l'aîne droite une petite grosseur qu'il n'avait jamais remarquée auparavant, et qui était presque indolente.

Le traitement consista en lavements simples et huileux, qui n'eurent pas de résultat. Le lundi, le médecin de la ville prescrivit une poudre purgative qui fut rejetée par les vomissements, mais ne fit aucune tentative de taxis ni de médication locale sur la tumeur de l'aîne, qui restait stationnaire. La persistance des accidents engagea, le 30 décembre, à transporter le malade à l'Hôtel-Dieu. Il fut placé au n° 44 de la salle Sainte-Jeanne, service de M. Grisolle, et soumis le 31 à l'examen de M. le professeur Laugier. Ce dernier, frappé de l'indolence, du défaut de tension, de l'état mou et comme pâteux de la tumeur, diagnostiqua, avec réserve, une hernie épiploïque, laquelle s'était peut-être compliquée d'un étranglement interne, causé par la bride de l'épiploon que l'on supposait hernié. Il proposa l'opération au malade, qui la refusa énergiquement. On se borna à donner des lavements sans succès.

Le 1^{er} janvier 1859; le malade est dans l'état suivant : il est pâle, maigre, a les traits fort altérés, le nez mince, les yeux caves et très cernés; il est très prostré, a de la tendance aux syncopes, et répond d'une voix assez faible; intelligence nette, apyrexie, peau fraîche, pouls assez large, mais peu résistant, à 84. La langue est bonne, la soif très vive; le malade vomit tout ce qu'il prend au bout d'un temps assez court; les matières rejetées sont bilieuses, sales, et ont une odeur aigre plutôt que fécaloïde; le malade leur trouve un goût amer; il rend aussi très fréquemment par la bouche des gaz qui paraissent inodores, il n'en rend pas par le rectum. Il urine assez abondamment et assez fréquemment; le ventre est ballonné, surtout dans sa partie centrale, mais il n'est pas très volumineux, et sa forme indique bien que l'obstacle siège dans l'intestin grêle; les anses du bout supérieur se dessinent sous la peau. La sonorité est tympanique dans presque toute l'étendue de l'abdomen, excepté dans les deux fosses iliaques, qui présentent une légère matité. Immédiatement au-dessous du pli de l'aîne, à la partie tout à fait supérieure et interne de la cuisse, existe une petite tumeur arrondie, de la forme et du volume d'un marron; la peau qui la recouvre est mobile à sa surface et intacte. Au toucher,

elle est presque insensible, elle offre une sensation de mollesse comme pâteuse, avec une certaine rénitence; saisie en masse, on peut lui faire exécuter quelques petits mouvements de latéralité, mais à son extrémité supérieure et externe, on sent une sorte de pédicule assez ferme et plus douloureux sous le doigt; l'artère fémorale bat en dehors, à une distance d'un travers de doigt environ. M. Grisolles prescrit l'application continue de vessies remplies de glace sur le ventre, et des lavements répétés avec de l'eau glacée.

Les vomissements se suspendent dans l'après-midi; mais à neuf heures du soir le malade refuse de supporter plus longtemps l'application de la glace.

2 janvier. — Les accidents persistent; le facies abdominal est plus caractérisé encore que la veille. M. Laugier, appelé de nouveau, trouve la tumeur plus tendue et plus rénitente, et pourtant il insiste peu pour l'opération. On continue l'application de la glace *ut supra*.

3 janvier. — Même état. Le pouls se maintient assez large et peu fréquent, à 84. La physionomie est plus altérée. A dix heures du matin, après l'administration d'un grand lavement d'eau glacée, le malade vomit brusquement une quantité énorme de liquide jaunâtre, d'une fétidité insupportable et tout à fait stercorale.

4 janvier. — Le malade est plus abattu et plus faible; il a les yeux éteints et déclare souffrir moins dans le ventre. M. Laugier, appelé de nouveau, se décide à opérer. Le chloroforme étant administré, il pratique directement sur la tumeur une incision parallèle au pli de l'aîne; il incise avec précaution sur la sonde cannelée le tissu cellulaire sous-cutané et plusieurs couches sous-jacentes; il met à nu à grand'peine une tumeur noirâtre, molle et non tendue; il l'incise superficiellement sans qu'il s'écoule de sérosité, et arrive sur une petite masse de graisse, infiltrée de sang brunâtre. En la déchirant tant avec les doigts qu'avec la pince, M. Laugier arrive enfin à découvrir dans son centre, et en haut, une petite tumeur du volume d'une petite cerise, tout à fait noirâtre, lisse et tendue comme une petite anse intestinale. M. Laugier, après avoir débridé en haut et en dedans, la réduit très aisément, et il est facile alors de sentir profondément vers l'abdomen un orifice fibreux;

circulaire, très petit, dans lequel on engage à peine l'extrémité de la pulpe du doigt. Mais tout à coup des matières fécales, liquides et jaunâtres, s'écoulent abondamment par la plaie. Celle-ci est simplement recouverte d'un linge cératé et de charpie, et continue de donner issue aux matières toute la journée. Le malade est pris d'agitation, d'une sorte de subdélirium, son pouls s'accélère et devient très petit; il a de la tendance au refroidissement des extrémités, et succombe la nuit suivante, sans avoir eu d'évacuation par le rectum.

A l'autopsie, on constate une péritonite généralisée, qui paraît récente, mais sans épanchement appréciable de matières fécales dans l'abdomen. Les anses, agglutinées par une matière molle et peu épaisse, se séparent facilement les unes des autres. L'anse qui a été étranglée adhère mollement aux environs de l'orifice herniaire; elle se reconnaît immédiatement à une plaque noirâtre, gangréneuse, qui n'occupe pas complètement le pourtour du calibre de l'intestin; une petite portion vers le bord mésentérique a été respectée. Au point de jonction de l'eschare avec le bout supérieur existe la perforation qui a donné issue aux matières fécales immédiatement après l'opération; elle est ovale, irrégulière et verticalement dirigée; elle siège à 1^m,45 au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Le reste du tube digestif présentait ceci de particulier, que l'S iliaque du côlon se portait tout à fait vers la fosse iliaque droite, en croisant perpendiculairement la colonne vertébrale.

M. Legendre, qui a bien voulu se charger de la dissection délicate de la hernie, s'est assuré qu'elle ne s'était pas produite par le ligament de Gimbernat. En examinant la pièce du côté de l'abdomen, on constate que le collet répond tout à fait au bord externe du ligament, et non pas à une écaillure de ce ligament, sur lequel on ne trouve pas non plus trace de débridement. Par la plaie extérieure, le désordre est tel, qu'il est difficile de déterminer le siège précis où l'étranglement existait: celui-ci paraît avoir été produit au moins en partie par le collet du sac plutôt que par la *fascia crebriformis* qui n'a pas été traversé, et dont les trous sont d'ailleurs difficiles à retrouver. La hernie est très en dedans, et en haut, et c'est cette situation exceptionnelle qui explique comment on avait songé à une hernie par le ligament de Gimbernat.

NOTE SUR LA HERNIE CRURALE A TRAVERS LE LIGAMENT DE GIMBERNAT, par M. LEGENDRE.

Cette variété de la hernie crurale a été observée pour la première fois en 1839, par M. le professeur Laugier ; depuis, un certain nombre de faits ont été rapportés par différents observateurs, et comme cette hernie est encore pour quelques chirurgiens une variété douteuse, je vais rassembler ces faits pour montrer que la hernie à travers le ligament de Gimbernath présente des caractères anatomo-pathologiques parfaitement distincts et des signes particuliers qui la différencient des autres espèces de hernies. Il existe dans la science six observations complètes de hernie crurale à travers le ligament de Gimbernath. La première a été rapportée par M. Laugier, en 1839, dans les *Archives générales de médecine*. Elle a été observée sur une femme âgée de quarante à quarante-cinq ans, qui fut opérée d'une tumeur entéro-épiploïque étranglée. La tumeur était située tout à fait à la partie la plus interne de la cuisse. Le débridement fut compliqué ; après avoir incisé sur le ligament de Gimbernath, le chirurgien fut obligé, pour faire rentrer la hernie, de débrider en avant sur le ligament de Fallope. La malade ayant succombé à une péritonite, on trouva le collet du sac herniaire en dehors de l'anneau crural et en dedans de l'artère ombilicale : il était entouré de tous côtés par des filets aponévrotiques dépendant du bord concave du ligament de Gimbernath. Dans la région fémorale, la hernie était à une assez grande distance de l'artère fémorale.

Le second fait a été présenté par M. le professeur Cruveilhier à la Société anatomique en 1837. On trouva, à l'autopsie d'une vieille femme âgée de cinquante-cinq ans, une tumeur entéro-épiploïque étranglée, pédiculée, qui sortait de l'abdomen par un écartement des fibres du ligament de Gimbernath.

La troisième observation a été rapportée, avec beaucoup de détails, dans la thèse inaugurale de M. Demeaux, sur les hernies crurales, en 1843. La hernie a été recueillie sur un homme mort de pleuropneumonie. La tumeur contenait de l'épiploon. Cette hernie se dirigeait directement en bas, en dehors de l'entonnoir crural, en dedans de l'artère ombilicale. M. Demeaux a mesuré la

de l'urèthre. Dans le cas actuel, la fausse route n'est pas contable ; elle a été disséquée en présence de MM. Lefort et Godard ; elle a pu être dénaturée par la macération dans l'alcool, et d'ailleurs elle n'est pas ancienne et a dû être pratiquée dans les derniers moments de la vie, peut-être par une main inexpérimentée ; ce qui tend à confirmer cette hypothèse, c'est qu'on n'a pas pénétré dans la vessie qui était pleine d'urine, et que la cavité accidentelle où aboutissait la fausse route renfermait non pas du pus, mais un liquide séro-sanguin.

13. M. Delaunay montre une *tumeur épithéliale de la langue* sur laquelle il donne les détails suivants : Lequeux, âgée de soixante-deux ans, femme de ménage, est entrée le 20 janvier dans le service de M. Huguier, pour être traitée d'une tumeur de la langue. Cette femme nie tout antécédent syphilitique, et l'on ne peut reconnaître chez elle aucune trace de vérole, soit passée, soit actuelle. Pas d'antécédents cancéreux dans sa famille.

Il y a cinq mois, elle commença à souffrir de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Alors elle portait à la mâchoire supérieure droite deux mauvaises dents qui venaient irriter le bord correspondant de la langue. Il y avait sur ce bord un point dur, douloureux, qui alla augmentant toujours d'étendue, bien que les dents qu'elle regardait comme la cause du mal eussent été enlevées. Elle ne tarda pas à éprouver une grande gêne dans les mouvements de la langue, et même à être obligée de ne manger que des soupes et des aliments d'une consistance molle. Amaigrissement notable depuis cinq mois. Sur le bord droit de la langue, on trouve une tumeur du volume d'une petite prune occupant presque toute l'épaisseur de la langue dans le sens vertical, mais qui, en dessus et en dessous, est encore revêtue par une muqueuse saine. Elle s'étend en bas et en dedans jusqu'à peu de distance du frein, en dedans et en haut jusque vers la ligne médiane qu'elle n'atteint pas, en arrière et en suivant le bord libre de la langue jusqu'à 2 1/2 centimètres de la pointe. Cette tumeur est dure, douloureuse au toucher et par les mouvements de la langue, donnant lieu parfois à des élancements spontanés et présentant sur sa face libre une partie ulcérée, un peu creusée en entonnoir, grisâtre, débordant.

dée partout par l'induration. Le liquide qui en suinte est peu abondant, n'a pas d'odeur et n'incommode pas la malade. Mastication et déglutition gênées et assez douloureuses pour que la malade redoute de manger. La prononciation est nette. Un ganglion sous-maxillaire du même côté est engorgé; il a été parfois plus gros, au dire de la malade.

Opération le 23 janvier. — M. Huguier enfonce en dedans de la tumeur et à travers la langue une aiguille dans le chas de laquelle on passe un fil double qui sert à faire passer par le même trou d'une part le fil d'argent d'un serre-nœud de Graefe, d'autre part la chaîne d'un écraseur. De la sorte on peut étreindre la tumeur dans tous les points par lesquels elle tient aux tissus voisins et opérer sa section complète. La section est douloureuse, mais une fois opérée, il n'y a pas d'hémorrhagie, soit immédiate, soit consécutive.

Examen de la tumeur. — On trouve que partout les tissus morbides ont été dépassés, et si l'on fait une coupe transversale de la tumeur parallèlement à la face supérieure de la langue, on voit que cette tumeur a la forme d'un cône dont le sommet tronqué serait dirigé vers la ligne médiane de la langue, et que ses dimensions en profondeur sont relativement considérables.

A la coupe, on trouve que par la netteté de ses contours et sa coloration d'un blanc rougeâtre, la tumeur tranche d'une manière évidente sur les tissus sains environnants. La coupe est grenue d'autant plus finement que la partie qu'on examine est plus profonde. Le grenu devient plus gros lorsqu'on s'approche de la base superficielle de la tumeur; celle-ci est même aréolaire autour de l'ulcération déjà signalée sur sa partie libre, et qui a un peu excavé celle-ci. Enfin la tumeur, d'une consistance ferme et élastique dans ses parties profondes, devient friable autour du point ulcéré.

14. M. Garnier montre deux exemples d'ulcérations produites par la canule sur la paroi antérieure de la trachée. Le premier a été recueilli sur un enfant de vingt-trois mois, opéré du croup in extremis, et mort le dixième jour de broncho-pneumonie. Il était très irascible et n'avait jamais pu se passer de canule un seul instant.

minal. Elle traverse le ligament de Gimbernat, et c'est dans ce point que siège l'étranglement. Dans les cas où une opération a été pratiquée, on a débridé sur le côté interne, comme dans une hernie crurale ordinaire; mais, dans un cas, ce débridement n'a pas suffi; il a fallu inciser en avant le ligament de Fallope. L'étroitesse de l'ouverture et la direction des fibres ligamenteuses rendent compte de l'opportunité de cette dernière incision; c'est, je crois, celle qu'il faudrait faire, si l'on rencontrait un cas de hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat.

INVAGINATION DE L'ILÉON, DU CÆCUM, DU CÔLON ASCENDANT ET TRANSVERSE, DANS LE CÔLON DESCENDANT, L'S ILIAQUE ET LE RECTUM, A LA SUITE D'UNE VIOLENCE EXTÉRIEURE. — MARCHÉ LENTE. — ABONDANT ÉCOULEMENT DE SANG PAR L'ANUS. — PÉRITONITE. — MORT. — AUTOPSIE. — Observation, par M. DURANTE.

Louis T..., âgé de vingt-neuf ans, entré le 3 novembre 1858 à l'Hôtel-Dieu. Il y a neuf mois, cet homme eut le ventre violemment comprimé entre deux wagons, et fut pris, à la suite de cet accident, de vomissements de sang et de diarrhée sanguinolente. Après s'être soigné quelque temps chez lui, il entra à la Pitié, où son état s'améliora sensiblement, à tel point qu'il put reprendre ses travaux au bout de quelque temps. Cependant, le 3 novembre 1858, il se présenta dans le service dirigé alors par M. Pelletan, en se plaignant de douleurs de ventre très vives, se renouvelant par accès, et accompagnées d'une diarrhée assez abondante, symptômes durant depuis plusieurs semaines déjà, mais ne s'accompagnant pas d'un état général alarmant. Il résulte des renseignements que M. Bouchaud, alors interne du service, a bien voulu me communiquer, que dès cette époque l'attention de M. Pelletan se porta vers la fosse iliaque gauche, où l'on remarquait une tuméfaction douloureuse, profonde, sans empâtement ni changement de couleur à la peau, faisant un léger relief sur la paroi abdominale, et présentant ceci de particulier, qu'elle se déplaçait d'un jour à l'autre, par en haut ou par en bas. Des ventouses scarifiées furent appliquées sur le ventre, des astringents furent administrés

contre la diarrhée, ainsi que des émollients et des narcotiques. Sous l'influence de cette médication, l'état du malade parut s'améliorer.

Le 1^{er} janvier 1859, lorsque M. Barth reprit le service, nous apprîmes que le malade était depuis deux ou trois jours en proie à des épreintes fort douloureuses, à la suite desquelles survenaient des selles peu abondantes, mais où se remarquait du pus mêlé à du sang. Le malade est pâle, amaigri ; sa figure grippée exprime la souffrance et une anxiété considérable. Le poulx est petit, concentré, fréquent, la langue blanchâtre, sèche ; l'appétit est nul, il n'y a pas de vomissements, mais les douleurs de ventre toujours excessivement vives, et qui, au dire du malade, partent de la région lombaire pour aboutir à l'anus, lui font rendre devant nous une selle liquide jaunâtre, mélangée à une matière granuleuse blanchâtre. A l'examen de l'abdomen, on trouve le ventre rétracté et douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche, où se remarque une tumeur très légèrement saillante, mais dure au toucher, sans fluctuation, et à base large et profonde, difficile à délimiter, mate à la percussion. M. Barth tend à admettre la présence d'une collection purulente ou sanguine dans le petit bassin, ouverte dans le rectum. (Cataplasmes, lavement émollient, potion calmante.) — Les jours suivants, l'état du malade va en s'aggravant, le ventre se rétracte de plus en plus et laisse apercevoir, dans la fosse iliaque gauche, une tuméfaction persistante, mais qui ne se déplace point. Les selles deviennent de plus en plus fréquentes et douloureuses, à tel point que le malade, constamment sur le bassin, prend les positions les plus diverses pour trouver un peu de soulagement, et rend presque continuellement un liquide rouge, qui est tantôt du sang parfaitement pur, tantôt des coagulums noirâtres, fétides, ressemblant à des débris gangréneux. Pas de vomissements. On prescrit des lavements laudanisés, une potion antispasmodique éthérée, et des pilules d'extrait thébaïque, jusqu'à quatre, de 25 milligrammes chacune.

Le 5 janvier, le ventre est très douloureux à la pression dans toute son étendue ; il y a un hoquet très fatigant, l'amaigrissement et l'altération des traits font des progrès rapides ; le poulx est fréquent, très faible. Depuis lors, l'état du malade va toujours en

empirant, et après six jours de souffrances continuelles, le malade expire le 11 janvier au soir.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, on trouve du pus et des fausses membranes dans le péritoine, surtout dans la moitié sous-ombilicale. Mais ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence du cæcum, du côlon ascendant et du côlon transverse de leur place naturelle, tandis que du côté gauche l'S iliaque, énormément distendue, et ayant acquis le volume du bras d'un adulte, remonte dans le flanc gauche jusqu'auprès de la région ombilicale. Là elle se termine brusquement par une sorte de collier entouré par la grande courbure de l'estomac et le pancréas, et où pénètre une anse de l'iléon et une partie du grand épiploon et du mésentère. Après avoir lié le rectum au-dessus de l'anus, et l'intestin grêle à 4 pouces au-dessus de l'invagination, nous avons enlevé la pièce, et nous avons mesuré l'S iliaque et le rectum, ayant conservé leur courbure et formé la tunique invaginant dans une longueur de 48 centimètres, depuis l'anus jusqu'au collier de l'invagination. En incisant la paroi de cet intestin dans toute sa longueur, on trouve que sa muqueuse est en rapport immédiat avec celle du côlon transverse ascendant et du cæcum. Ce dernier, complètement replié sur lui-même, en forme de doigt de gant, vient faire saillie dans le rectum, à 5 ou 6 centimètres de l'anus, et aurait pu être facilement senti pendant la vie, si l'on avait songé à pratiquer le toucher rectal. Cette muqueuse est très enflammée, mais ne s'enlève pas par lambeaux; elle a conservé ses replis naturels, et l'on n'y découvre pas d'ulcérations; sa couleur noirâtre contraste avec la couleur rosée et blanchâtre de l'intestin invaginant. A l'extrémité du boudin invaginé, dont la forme simple le col de l'utérus, on trouve deux ouvertures: l'une plus considérable, supérieure, ne pénètre que dans le diverticulum iléo-cæcal; l'autre plus petite, inférieure, plus difficile à trouver, communique directement avec l'intestin grêle.

En incisant cette seconde paroi intestinale, on la trouve considérablement épaissie, les couches se séparent facilement les unes des autres, et leur réunion forme une épaisseur de 3 centimètres sur plusieurs points. Au-dessous, on trouve l'intestin grêle, dont la surface séreuse congestionnée, noirâtre, répond à la surface sé-

reuse du côlon, à laquelle elle est adhérente par places, et dont elle est séparée en plusieurs points par des appendices graisseux, des portions de mésentère et des ganglions noirâtres, indurés, tuméfiés. La longueur de l'iléon invaginé est de 40 à 42 centimètres; au niveau du collier, on trouve une partie du mésentère et du grand épiploon condensés en forme de corde, et accompagnant l'intestin dans son déplacement. Une sonde introduite dans ce dernier, au-dessus de l'invagination, pénètre très facilement dans l'intérieur de l'intussusception.

Ont été nommés :

Membres honoraires, MM. BAUCHET et FOUCHER.

Membre titulaire, M. GENOUVILLE.

XXXIV. ANNÉE. — FÉVRIER 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Encéphalocèle de la partie postérieure du crâne. — 2. Albuminurie avec accidents cérébraux. — 3. Prolapsus utérin, avec allongement considérable du col. — 4. Fongus du bas-fond de la vessie. — 5. Veine mésentérique anormale. — 6. Caverne tuberculeuse de la partie postérieure de l'urèthre. — 7. Tumeurs ovariennes. — 8. Ulcérations de la trachée consécutives à l'opération du croup; discussion. — 9. Bronchite pseudo-membraneuse chez une femme adulte. — 10. Luxation du coude en arrière; arthrite pseudo-membraneuse.

OBSERVATIONS. — Méningite tuberculeuse; tubercule du nerf optique droit chez un enfant de onze mois, par M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE.

Arthrite scapulo-humérale; abcès métastatiques dans le tissu cellulaire sous-cutané, chez un nouveau-né de quinze jours, par M. TÉMOIN.

Abcès de l'hémisphère gauche du cerveau; paralysie incomplète du côté droit, par M. DESCROIZILLES.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. Baudot montre :

1. *A, une encéphalocèle de la partie postérieure du crâne*, sur laquelle il communique les détails suivants :

Le 29 janvier 1859, la nommée Leiche (Marie), âgée de vingt-deux ans, journalière, accoucha d'un enfant du sexe masculin, présentant la conformation suivante :

La tête n'offrait pas en arrière cette saillie occipitale qui lui est habituelle, mais une dépression insolite. Au-dessous de la protubérance occipitale, et descendant jusqu'aux dernières vertèbres cervicales, se voyait une tumeur sphérique du volume du poing, distendue par une assez grande quantité de liquide, que dénotait une fluctuation des plus manifestes.

Cette tumeur présentait un pédicule adhérent à la partie supérieure du rachis et inférieure de l'occipital.

La peau qui recouvrait la tumeur était distendue et amincie.

En avant, on ne voyait pas succéder au menton cette portion rétrécie du corps que l'on appelle col et qui unit la face et la tête au thorax, mais au-dessous de la saillie mentonnaire se trouvait un sillon, auquel faisait suite une saillie arrondie de 3 centimètres de hauteur, formant une espèce de bourrelet, un double menton qui représentait le col de l'enfant, et se continuait avec le thorax.

La vie se prolongea pendant deux jours. Durant ce laps de temps, l'enfant, malgré des tentatives répétées, ne put rien avaler, et s'éteignit bientôt au milieu de convulsions intenses.

L'autopsie, que nous pratiquâmes quarante-huit heures après la mort, nous fit constater, par l'ouverture du cerveau, l'augmentation considérable du lobe droit, dont le volume était presque double de celui du lobe gauche.

Les parois de la poche étaient successivement formées par la peau distendue et amincie, puis par une membrane de nature fibreuse, intimement adhérente à la peau, et se continuant manifestement avec la dure-mère, dont elle n'était que l'épanouissement.

Cette membrane était doublée d'un feuillet vasculaire, dont l'analogie avec l'arachnoïde frappait à première vue.

Plus intérieurement encore, se trouvait une substance qui, par son aspect, sa consistance, les circonvolutions qu'elle offrait, appartenait évidemment à la substance cérébrale, et semblait se continuer à travers le trou occipital avec l'encéphale. C'est ce que je pensai tout d'abord; mais un examen plus attentif, que je fis quelques jours après, me prouva que la tumeur se continuait avec le cerveau à travers une perte de substance de l'occipital.

Ces diverses parties formaient les parois d'une poche dont le contenu consistait en un liquide roussâtre, qui ne fut pas soumis à l'analyse chimique.

A l'intérieur de la poche, et flottant au milieu du liquide, se trouvait une partie noirâtre et vasculaire, dont l'analogie avec les plexus choroides était évidente; on constatait facilement que ce n'était qu'une émanation de l'arachnoïde cérébrale.

Le ramollissement était tel, quarante-huit heures après la mort, qu'il fut difficile de constater quelle partie du cerveau entraînait dans

la composition de la tumeur. Cependant l'existence du bulbe rachidien, de la protubérance et du cervelet à l'intérieur du crâne était manifeste, et tout porte à croire que c'est aux dépens de l'hémisphère gauche que s'est faite la hernie.

2. B. Les reins d'un albuminurique, mort avec des accidents cérébraux. Au 1^{er} janvier 1859, le malade offrait un œdème considérable des membres supérieurs et inférieurs, de l'hydrothorax, de l'ascite, etc...., et ses urines contenaient une quantité notable d'albumine.

Le 14 janvier, dans la nuit, il eut une attaque caractérisée par la perte de connaissance, des convulsions, puis du coma avec écume à la bouche, respiration stertoreuse, globes oculaires immobiles et tournés en haut.... accidents que l'on a attribués à l'urémie. Au bout de vingt-quatre heures, l'intelligence revint, le pouls diminuait de fréquence, puis le malade put manger un peu, et rien de nouveau n'apparut jusqu'au 26, où il éprouva de nouveaux accidents convulsifs, de la fièvre, etc., puis du coma qui se termina par la mort.

A l'autopsie, on trouva : diminution de la consistance du cerveau. Piqueté rouge à la coupe, et lorsque l'on essuie, de nouvelles gouttelettes sortent des vaisseaux divisés. L'arachnoïde est soulevée par un liquide séreux, qui infiltre les mailles du tissu cellulaire de la pie-mère. Les ventricules sont eux-mêmes distendus par du liquide. Poumons un peu œdémateux. Hydrothorax double, plus abondant à gauche qu'à droite. Ascite, œdème du tissu cellulaire général. Synoviales distendues par du liquide. Foie, rate un peu congestionnés.

Reins augmentés de volume. Ils offrent 14 centimètres de longueur sur 8 de largeur. A leur surface, on remarque un grand nombre de ces petites taches blanchâtres que l'on a signalées dans le quatrième degré de la maladie de Bright.

Un certain nombre de pyramides de Malpighi sont totalement détruites; d'autres ont un volume beaucoup moins considérable, et les colonnes de Bertin sont plus volumineuses qu'à l'état normal. Ces colonnes, comme d'ailleurs la substance corticale, sont très anémiées.

3. M. Campana présente un cas de *prolapsus utérin avec allongement considérable du col*, recueilli à la Salpêtrière. Une paralytique générale, âgée de quarante-deux ans, entrée dans le service de M. Falret depuis six ans, présentait un prolapsus utérin tel, que le museau de tanche dépassait l'ouverture vulvaire de près d'un centimètre. Ses règles étaient abondantes; elle avait même de temps en temps des pertes utérines en dehors des époques menstruelles. Le doigt, introduit dans le vagin, arrivait, après un trajet de 4 centimètres, au fond du cul-de-sac postérieur, et y percevait une tumeur lisse, arrondie, formée par le corps de l'utérus en rétroflexion.

A l'autopsie, on trouva le système veineux du bassin et les organes qu'il contient gorgés de sang. Les trompes et le corps de l'utérus étaient d'un rouge veineux, le col plus pâle. Ce dernier organe avait sa cavité dilatée et ses parois épaissies; il présentait un allongement hypertrophique, qui rendait parfaitement compte de ce qu'on avait appelé improprement, dans le cas actuel, une chute de la matrice. Les liens de cet organe étaient en effet à l'état normal, mais ses dimensions, ou plutôt celles du col, avaient changé. On trouvait, pour la cavité du corps, 5 centimètres; pour celle du col, 6^{cm},5, dont 4 pour la portion intravaginale, et 2^{cm},5 pour la portion extravaginale.

Par conséquent, la cavité utérine mesurait en tout 11 centimètres $1\frac{1}{2}$. Ce chiffre explique l'apparition du museau de tanche à la vulve. Des chiffres plus élevés encore ont été fournis à M. Huguier par l'hystéromètre, dans de prétendues chutes de la matrice, sans que je veuille d'ailleurs nier absolument celles-ci. La muqueuse du col était comme cutisée à la partie qui faisait saillie hors de la vulve, mais non excoriée. Le col, dans sa portion extravaginale, présentait à s'y méprendre la forme du gland de l'homme; dans sa portion intravaginale, il s'unissait au corps de l'organe, d'ailleurs très sain, par une portion rétrécie et un peu ramollie, comme cela se voit dans les rétroflexions.

5. M. Tillaux fait voir un *fungus du bas-fond de la vessie*, recueilli sur un homme mort d'hématurie, ou plutôt de rétention.

d'urine, causée par l'accumulation de caillots dans la vessie.

Le malade pisait du sang depuis trois ans, de temps en temps, lorsqu'il fut pris de rétention d'urine. Par des injections répétées, M. Gossefin finit par débarrasser la vessie des caillots, mais ils se reproduisirent à plusieurs reprises, et enfin le malade succomba avec du délire et tous les accidents de la fièvre dite *urineuse*. Le fungus trouvé à l'autopsie est pédiculé; il siège sur la moitié gauche de la face postérieure de la vessie; il est gros comme un œuf de pigeon et hérissé de villosités saignantes. M. Gosselin pense qu'il est de nature cancéreuse.

M. Cruveilhier cite plusieurs cas analogues, qu'il a observés :
1° sur l'évêque de Limoges, lequel était sujet à des hématuries, que provoquaient surtout la fatigue et l'exercice du cheval. La continuité de ces hémorrhagies fit soupçonner à M. Cruveilhier l'existence d'un carcinôme vésical. Le malade vécut six ans; il était devenu très anémique, quand il fut pris brusquement de ténésme, de dysurie, rendit des caillots rubanés; mais, malgré l'introduction de grosses sondes, il ne put en être débarrassé complètement, et il mourut de rétention d'urine. A l'autopsie, on trouva dans le bas-fond de la vessie deux fungus encéphaloïdes, semblables à celui-ci.

2° Le général Dupont est mort de la même maladie, et précisément à la suite du cathétérisme. M. Cruveilhier, qui soupçonnait un carcinôme, lui avait conseillé de ne pas se faire sonder; mais le malade s'adressa néanmoins à un médecin spécialiste, qui pratiqua le cathétérisme pour éclairer le diagnostic, et provoqua ainsi une hématurie, suivie d'une rétention d'urine rapidement mortelle.

5. M. Tillaux montre ensuite le dessin d'une veine mésentérique anormale, se rendant dans une veine rénale, et qu'il a prise sur un cadavre, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

6. M. Dolbeau montre une *caverne tuberculeuse de la partie postérieure de l'urèthre*, trouvée sur un cadavre de l'École pratique.

En pratiquant le cathétérisme, il fut frappé de l'étendue des mouvements de latéralité que pouvait exécuter la sonde au niveau de la portion membraneuse; il semblait qu'elle pénétrât dans une cavité anormale, remplie d'une matière mollassée et comme caséeuse. En fendant la paroi supérieure de l'urèthre, il trouva en effet que toute la portion courbe de ce conduit, depuis le col de la vessie jusqu'au bulbe, était détruite et remplacée par une cavité accidentelle remplie de détritits purulents, jaunâtre, avec des fragments de matière dure et blanchâtre, semblables à des calculs. Sur les côtés, cette espèce de large caverne purulente communique avec des cavernes accessoires, se prolongeant plus ou moins dans l'intérieur du bassin. Le rectum est intact, le périnée ne présente pas non plus d'altération; tous les désordres se sont produits au-dessus de l'aponévrose moyenne, qui semble avoir formé une espèce de barrière en bas. Sur la face interne de la vessie, on a constaté l'existence de granulations et d'ulcérations d'aspect jaunâtre, comme la caverne de la partie postérieure de l'urèthre. Les reins étaient sains; le scrotum portait la trace d'une ancienne fistule cicatrisée, et du côté correspondant, le testicule était converti en une coque purulente, remplie de pus granuleux, comme celui qui succède à la fonte tuberculeuse; l'autre avait un épididyme énorme, et converti en une masse jaunâtre de tubercule cru; le corps d'Highmore, du même côté, était également infiltré de matière tuberculeuse. Quant aux vésicules séminales, il n'a pas été possible de les retrouver, par la dissection, au milieu des collections purulentes qui existaient dans le bassin.

En présence de ces altérations, M. Dolbeau pense que la caverne qui existe à la partie postérieure de l'urèthre est d'origine également tuberculeuse, et résulte de dépôts sous-muqueux qui, en se ramollissant et en s'ulcérant, ont déterminé ce que M. Velpeau a décrit depuis longtemps sous le nom de *caverne prostatique*. Quant aux calculs que renfermait cette cavité, ils n'étaient que secondaires et la conséquence de la stagnation de l'urine.

7. M. Lesouëf montre deux tumeurs ovariques trouvées à l'autopsie d'une femme de quarante-cinq ans, morte quatorze jours après avoir fait une fausse-couche de quatre mois. L'ovaire droit a

le volume d'un œuf de poule ; il paraît infiltré de matière plastique, et séparé en son milieu, perpendiculairement au grand axe, par une portion ramollie, voisine du corps jaune, et qui aurait subi un degré d'altération phlegmasique plus avancé.

L'ovaire gauche, bien plus volumineux, et surtout beaucoup plus vasculaire, paraît être le siège de la même altération à un degré plus avancé, et qui pourrait être rapportée à une phlébite capillaire. Ces tumeurs sont-elles antérieures et ont-elles prédisposé à l'avortement, ou lui sont-elles postérieures ? c'est ce qu'il est difficile de décider. L'examen au microscope du tissu morbide n'a pas été fait.

M. Barth. Cette présentation offre un grand intérêt, à plusieurs points de vue, sous le rapport : 1° des engorgements, ainsi que des tumeurs fibreuses des ovaires ; et 2° de la nature même de cette singulière altération. Beaucoup de praticiens admettent souvent des engorgements des ovaires, bien qu'en réalité ceux-ci soient fort rares. C'est une exception, en effet, que de trouver des ovaires gros ; cependant il y a des exemples de ces organes ayant triplé, quadruplé et même quintuplé de volume. J'en ai rencontré qui avaient les dimensions d'un œuf de poule, et j'en ai déposé plusieurs au musée Dupuytren. Il en est de même des corps fibreux ovariens que l'on admet aussi avec trop de facilité ; car le plus souvent on n'a affaire qu'à des corps fibreux de la matrice, développés sous le péritoine et pédiculisés aux environs des ovaires, de façon à être confondus avec ces organes eux-mêmes. N'anmoins on peut rencontrer des ovaires fibreux, mais c'est encore une exception rare. J'en ai trouvé un, il y a dix ans, à la Salpêtrière ; il était très volumineux, et offrait à la coupe la fermeté, la couleur blanc rosé et tous les caractères extérieurs des tissus fibreux. Dans le cas actuel, rapporté par M. Lesouëf, je crois que l'ovaire droit offre cette apparence et cette composition fibreuses ; dans le gauche, je suis au contraire frappé d'un aspect plutôt érectile que fibreux. Cet aspect est peut-être dû à des épanchements apoplectiques, semblables à certaines hémorrhagies mal étudiées qui se forment dans le foie, dans les reins, dans l'épaisseur des muscles, et qui arrivent à se transformer en un tissu érectile accidentel, simulant tout à fait l'aspect des corps caverneux. Il est

possible qu'il se soit fait dans cet ovaire une hémorrhagie, qu'elle ait été considérable, disséminée en plusieurs points et de forme interstitielle, et qu'elle ait été le point de départ d'une vascularisation active, susceptible d'augmenter ainsi le volume de tout l'organe. Maintenant, quel rapport y a-t-il entre les altérations de l'un et de l'autre ovaire? La tumeur du côté droit, que je considère comme fibreuse, me paraît aussi devoir être attribuée à une hémorrhagie interstitielle, mais de date plus ancienne; de sorte qu'on a ici en présence deux tumeurs d'origine semblable, mais à des degrés d'évolution ou d'âges différents.

S. M. Gellée montre les organes respiratoires de deux enfants opérés du croup, et qui ont l'un et l'autre des *ulcérations dans la trachée*. Le premier, âgé de vingt-huit mois, n'avait jamais pu se passer de canule; il est mort de bronchio-pneumonie, le vingt-cinquième jour de l'opération, et, chose remarquable, il avait encore des fausses membranes, qui s'étendaient depuis la plaie jusqu'aux plus petites bronches. Immédiatement au-dessous de la plaie, la trachée offre sur la paroi antérieure une ulcération large d'un centimètre, longue d'un centimètre et demi, et au niveau de laquelle quatre à cinq cartilages sont coupés. En outre, on a trouvé derrière l'œsophage un abcès du volume d'une noix, sans communication avec la trachée, et qui descendait jusque dans les médiastins. Au sommet droit, pneumonie lobaire supprimée; quelques lobules suppurés isolément à la base du même côté.

Le second enfant, âgé de quatre ans, est mort également de broncho-pneumonie, mais quatre jours après l'opération. Sa trachée est aussi ulcérée au-dessous de la plaie, sur la face antérieure, mais en un très grand nombre de points, et superficiellement; elle présente comme une série d'érosions qui se continuent jusqu'à l'origine des grosses bronches. Depuis le commencement de cette année, ces ulcérations trachéales ont été observées à l'hôpital des Enfants bien plus fréquemment (8 cas) que les années précédentes, et semblent se développer sous une influence particulière à l'épidémie actuelle.

M. Millard est assez porté, en effet, à attribuer ces ulcérations

à un génie épidémique particulier, qui sévirait depuis quelque temps, car durant toute l'année 1857 et dans le premier semestre de 1858, il n'en a vu que très peu d'exemples à l'hôpital des Enfants, bien qu'il les ait constamment recherchés avec soin. Il n'en a cité que deux cas dans sa thèse, sur plus de vingt autopsies.

M. Vidal appuie également l'idée d'une influence épidémique momentanée, mais par une argumentation tout à fait opposée à celle de M. Millard. En 1854, pendant son internat à l'hôpital des Enfants, il a au contraire observé très souvent ces ulcérations dans la trachée après l'opération du croup. Leur absence était alors l'exception, au point que M. Vidal était disposé à les regarder comme un résultat presque constant, et à ne pas leur attacher beaucoup de gravité.

M. Millard fait remarquer que ces ulcérations ne sont pas dues exclusivement à la pression mécanique exercée par la canule, mais se développent toujours sous l'influence prédisposante d'une phlegmasie des voies respiratoires; tous les enfants chez qui on les a rencontrées étaient morts, comme ceux-ci, de broncho-pneumonie ou de pneumonie. La muqueuse trachéale participe à l'inflammation, et peut même s'ulcérer spontanément, comme le prouvent les érosions nombreuses trouvées sur une des pièces présentées par M. Gellée, et qui occupaient toute la longueur de la trachée, dans des points que n'atteignait certainement pas la canule.

M. Verneuil rappelle, au sujet du mécanisme de ces ulcérations, quelques explications qui ont été données à la Société de chirurgie dans le cours de la discussion actuelle. Ces ulcérations résultent surtout de la courbure vicieuse des canules. Si cette courbure est trop forte, l'ouverture intérieure regarde en avant et vient appuyer contre la paroi antérieure de la trachée. C'est le contraire si le rayon est trop grand. On ne s'est guère occupé jusqu'ici que du calibre des canules, qu'on a beaucoup varié, mais on a négligé leur direction. On n'a pas eu égard à la différence d'embonpoint des sujets, ni aux variations de position que peuvent imprimer à la canule les diverses attitudes du malade.

M. Vidal. Personne n'a jamais nié l'influence mécanique exercée par la pression de la canule; on s'est demandé seulement pourquoi

es canules étant toujours les mêmes, ces ulcérations semblaient se produire à de certaines époques, dans de certaines épidémies, plutôt que dans d'autres. En second lieu, on peut se demander si réellement ces ulcérations ont la gravité que l'on est porté à leur attribuer; pour moi, cet accident ne m'a jamais paru aussi sérieux.

M. Verneuil. Ces ulcérations peuvent donner naissance à des rétrécissements cicatriciels qui ne sont pas sans danger. La Société médicale vient précisément de s'occuper de cette question à propos des rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ulcérations syphilitiques de la trachée.

M. Vidal fait observer que ces ulcérations étaient circulaires, tandis que celles qui succèdent à la trachéotomie n'ont jamais cette forme, et siègent toujours sur une des parois.

M. Verneuil. Quelle que soit la forme de l'ulcération, le tissu inodulaire est toujours dans un rapport exact avec l'étendue qu'elle présente, et la rétraction de ce tissu amène toujours une diminution proportionnelle dans le calibre de la trachée. Il ne faut pas croire, d'ailleurs, qu'il y ait besoin d'un rétrécissement très prononcé pour amener des accidents graves de suffocation, et quelquefois rapidement mortels. Dans la clinique de Pelletan, on trouve l'histoire d'un jeune homme qui s'était coupé la trachée, et était presque entièrement guéri lorsque tout à coup il mourut étouffé. On ne constata à l'autopsie qu'un très léger rétrécissement de la trachée, au niveau de la plaie.

M. Gellée cite des expériences qui ont été faites à l'hôpital des Enfants par M. Gillette, dans le sens indiqué par M. Verneuil, pour remédier à la courbure vicieuse des canules. Ce médecin s'est assuré que la forme régulière d'arc de cercle que l'on emploie n'est pas conforme au trajet que doit suivre la canule. Ce trajet se compose en effet : 1° d'une partie extra-trachéale, traversant les parties molles; c'est cette portion-là seule qui est régulièrement courbe en arc de cercle; 2° d'une partie intra-trachéale, laquelle est verticale, et non pas courbe. La canule doit donc représenter cette double direction. M. Gillette en a déjà fait fabriquer pour son

service avec cette modification, qui a été également admise par M. Barthéz.

M. Durante montre un exemple de *bronchite pseudo-membraneuse*, chez une femme adulte. Les fausses membranes tubulées s'étendent depuis le larynx jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, et ont entraîné la mort par asphyxie de la malade le jour même de son entrée à l'hôpital. C'était une grande et forte fille, âgée de vingt-deux ans, qui se disait malade depuis huit jours, avait commencé par souffrir de la gorge, avait eu de l'enrouement, et était devenue aphone et de plus en plus oppressée depuis quatre jours. A la consultation, où elle avait encore eu la force de se traîner à pied, un examen rapide avait fait soupçonner un œdème de la glotte. Un vomitif, donné dans la journée par l'interne de garde, ne produisit aucun soulagement. Vers cinq heures du soir, les progrès de la dyspnée firent songer à la trachéotomie. M. Millard, appelé avec plusieurs autres de ses collègues à examiner la malade, la trouva dans l'état suivant : décubitus dorsal, face pâle, cyanosée, cou large et gonflé, sans engorgement ganglionnaire ; voix et toux complètement étouffées ; inspirations légèrement sifflantes, ne s'entendant qu'à une distance assez faible, ne s'accompagnant pas de soulèvement énergique des côtes, ni de dépression xiphoidienne profonde, et de plus assez fréquentes ; sonorité partiellement faite de toute la poitrine, excepté dans le tiers inférieur du côté gauche en arrière, où une matité absolue révélait manifestement un épanchement pleurétique ; faiblesse excessive et absence presque complète du bruit respiratoire dans toute la poitrine, sauf au sommet gauche en arrière, où on distinguait la transmission du sifflement laryngo trachéal ; la peau était chaude, le pouls fréquent, mais encore assez résistant. Dans la gorge, l'amygdale droite seule présentait quatre ou cinq points ou taches de couleur blanc jaunâtre. La malade disait assez vaguement avoir rendu des peaux ou fausses membranes les jours précédents. Enfin l'exploration avec le doigt du fond de la gorge, permettait de sentir que les replis aryéno-épiglottiques n'étaient pas très volumineux.

Dans ces conditions, M. Millard, appelé à donner son avis sur la malade, rejeta l'idée d'un œdème de la glotte, et pensa qu'on

avait affaire à une diphthérie de tout l'arbre respiratoire, étendue aux petites bronches, de façon à empêcher l'accès de l'air dans les deux poumons, et qui de plus était compliquée d'une pleurésie gauche. Convaincu, par conséquent, que la cause de l'asphyxie ne siégeait ni exclusivement, ni principalement dans le larynx, mais dans la cavité thoracique, il conseilla de ne pas pratiquer la trachéotomie, et annonça que la malade ne passerait pas la nuit. Elle succomba en effet rapidement, deux heures plus tard. L'autopsie a vérifié de tous points le diagnostic, et démontré que l'opération n'aurait eu aucune chance de succès. Outre l'épanchement pleurétique qui existait à gauche, on a trouvé le lobe inférieur du poumon correspondant infiltré de sang noir, et avec la plupart des caractères de l'apoplexie pulmonaire.

M. Millard rappelle à cette occasion l'opinion qu'il a déjà émise, à savoir que la trachéotomie est rarement applicable dans le cas de croup chez l'adulte, et qu'il n'en connaît pas encore d'exemple authentique suivi de succès.

10. M. Pamard, interne à Bicêtre, montre une luxation du coude en arrière, avec arrachement de l'olécrâne, recueillie sur un malade atteint de manie aiguë, et qui est mort presque subitement vingt jours après. On n'a pas de renseignements précis sur le mécanisme de la luxation qui s'est produite pendant que le malade se débattait contre la camisole de force. Après la réduction, on n'a pas pu l'empêcher de se livrer à des mouvements désordonnés de l'articulation du coude, et c'est ce qui explique comment le bord antérieur de l'apophyse coronoïde, qui avait été brisé, est régulier et poli, comme s'il avait subi une espèce d'usure. Dans l'intérieur de l'articulation existe en outre une lamelle de substance rougeâtre, dense, élastique, fibroïde, adhérente aux ligaments par ses bords, mais libre sur ses deux faces, en forme de ménisque inter-articulaire, et qui doit être le résultat de l'organisation du sang épanché au moment de l'accident.

M. Léon Labbé ne croit pas que l'apophyse coronoïde ait été fracturée. S'il en avait été ainsi, le cartilage d'encroûtement aurait disparu; et en outre les mouvements exécutés par le malade

n'ont duré que vingt jours, c'est-à-dire un temps insuffisant pour faire disparaître et polir à ce point la surface de fracture.

M. Houel considère aussi l'apophyse coronoïde comme intacte. La particularité la plus remarquable de la pièce est l'existence de cette lamelle interposée comme un ménisque entre les surfaces articulaires. Mais c'est à tort qu'on rapporterait son origine à la transformation du sang épanché. C'est un produit inflammatoire, une véritable fausse membrane, développée sous l'influence de la phlegmasie articulaire qu'ont amenée nécessairement les mouvements violents du malade. Ici cette fausse membrane présente une bride qui paraît adhérer à la fois aux cartilages et aux parties périphériques de l'articulation. M. Lorain a déjà montré à la Société des produits analogues, mais qui ne traversaient pas, comme ici, l'articulation d'un bout à l'autre.

M. Blain des Cormiers combat encore l'opinion qui attribue l'origine de cette fausse membrane à la transformation du sang épanché, en faisant remarquer qu'une semblable transformation, si elle était admissible, aurait exigé plus de vingt jours.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE; TUBERCULE DU NERF OPTIQUE DROIT, CHEZ UN ENFANT DE ONZE MOIS, par M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE.

Le 14 janvier 1859, la femme Hochedez apportait à l'hôpital Cochin, salle Sainte-Marie, n° 10, son petit garçon, âgé de onze mois. Elle nous disait que depuis trois semaines cet enfant avait beaucoup maigri, que son ventre était devenu plus gros et douloureux; qu'il avait une constipation opiniâtre, vomissait ses aliments et n'avait été à la selle qu'une seule fois dans les deux dernières semaines.

Cet enfant n'avait jamais été très vigoureux; il était venu au monde à huit mois, et un mois après sa naissance il avait été pris de convulsions de courte durée.

A son entrée à l'hôpital, il avait les deux incisives inférieures. L'apparition de la seconde de ces deux dents coïncidait avec le début de sa maladie. La mère nous dit qu'il avait eu

des convulsions pendant un jour seulement. Il n'avait pas été à la selle depuis huit jours, et vomissait presque aussitôt après avoir pris le sein. Son ventre était un peu volumineux, et le palper provoquait aussitôt des cris et des douleurs.

En mettant nu le petit malade, on constatait que les membres du côté droit étaient animés de mouvements de flexion et d'extension continuels. Ces mouvements n'avaient rien de spasmodique, mais le petit s'agitait sans cesse, comme si toutes les positions lui eussent été douloureuses. De temps en temps, il raidissait la jambe et le bras, comme pour les reposer pendant une minute. Ces mouvements paraissaient quelquefois involontaires; mais ils n'avaient jamais la rapidité que l'on trouve dans la chorée.

L'enfant était maigre, les chairs étaient flasques, le visage pâle. Il pleurait quand on le retournait ou quand on l'agitait; l'inspiration était un peu bruyante, cependant on n'entendait rien dans la poitrine. La peau était normale, le pouls régulier. Pas de sommeil.

Le 12, il fut purgé avec 6 grammes d'huile de ricin. Il se trouva mieux, dormit un peu; il eut encore des vomissements. La purgation procura deux selles de matières dures.

Les phénomènes de la dentition suffisant pour expliquer l'état de notre petit malade, aucune médication active ne fut faite le 13 et le 14. L'enfant paraissait dans le même état. Il prit chaque jour un bain, un lavement, et des cataplasmes furent entretenus sur le ventre.

Le 15, la mère nous dit qu'il lui semblait, pour la première fois, que son enfant n'y voyait pas de l'œil droit. De ce côté, en effet, le clignement ne se faisait pas, et la pupille paraissait un peu plus dilatée que du côté gauche. L'enfant était un peu plus assoupi, et de temps en temps son œil droit était pris de convulsions, de mouvements d'oscillation de gauche à droite, véritable nystagmus qui s'apercevait très bien entre les paupières à demi ouvertes. La tête parut, pour la première fois, plus développée qu'à l'ordinaire, et surtout disproportionnée avec le corps de l'enfant. Les sutures et les fontanelles n'étaient point réunies, et les os étaient légèrement écartés. La tête était en même temps rejetée en arrière, et s'y reportait aussitôt qu'on la ramenait en avant. Cette position n'était pas due à son poids, car dans toutes les po-

sitions l'enfant la reportait en arrière. Les muscles postérieurs du cou étaient rétractés. Il y avait là un véritable opisthotonos partiel. Il n'était plus douteux, en présence de ces désordres, que cet enfant fût atteint de méningite.

Des frictions avec la pommade stibiée furent faites sur la tête. Il prit 30 centigrammes de calomel.

Ce médicament produisit plusieurs selles, mais les désordres nerveux ne parurent pas diminuer. L'enfant eut dans les vingt-quatre heures plusieurs fois des bouffées de chaleur qui duraient quelques instants; il se réveillait alors, poussait quelques cris, puis retombait dans le calme ordinaire. La tête était plus rejetée en arrière, et paraissait aussi avoir augmenté. Les frictions et le calomel furent continués sans succès.

Le 18, les symptômes étaient les mêmes, mais paraissaient s'aggraver; la tête était de plus en plus portée en arrière, et la colonne vertébrale se trouvait courbée en arc. L'enfant toussait un peu, mais il criait aussitôt qu'on voulait l'ausculter. Même traitement; vésicatoire sur la colonne dorsale, qui parut amener un peu d'amendement. L'enfant paraissait porter avec moins de roideur la tête en arrière; on pouvait au moins la ramener plus facilement en avant. Le pouls restait calme et petit comme les jours précédents. On ne pouvait produire la tache méningitique. Nouveau vésicatoire dans la région cervicale.

Le 20, le mieux qui s'était manifesté avait cessé, les mouvements convulsifs des membres et de l'œil droit étaient plus fréquents, l'opisthotonos était plus considérable. L'enfant paraissait pâle et affaibli. La respiration était difficile, les narines sèches. Les cornées, surtout celle du côté droit, étaient ternes. La sécrétion des larmes paraissait diminuée, et le clignement ne se faisant que très peu, on trouvait sur la face interne des paupières des filaments de mucosités épaisses.

Un large vésicatoire ammoniacal fut appliqué sans succès sur la région occipitale. L'enfant mourut le 22.

Necropsie. — Le cerveau remplit la cavité crânienne et s'y trouve comprimé. L'arachnoïde, sur la face convexe, est sèche. Les circonvolutions sont très aplaties, à ce point que plusieurs paraissent réunies.

A la base et au niveau du confluent inférieur, on trouve une

grande quantité d'un liquide puriforme, grisâtre, concret. Les méninges, en cet endroit, sont adhérentes et épaissies notablement. On retrouve encore ce liquide tout autour de la protubérance, et en arrière sur le cervelet et ses pédoncules. Le pus ne se prolonge pas dans le canal rachidien.

Dans la scissure de Sylvius, la pie-mère est épaissie et criblée de petits grains blanchâtres, les uns durs, les autres ramollis, et dont l'aspect et la nature sont évidemment ceux des tubercules.

Dans le nerf optique du côté droit, nous trouvons une tumeur de la grosseur d'une noisette, développée au centre de ce nerf, et ayant pour enveloppe externe une couche blanchâtre qui nous a paru être le tissu nerveux lui-même. Cette tumeur avait développé avec elle la selle turque, dont le diamètre antéro-postérieur avait à droite deux lignes de plus qu'à gauche. Au sortir de la tumeur, le nerf optique n'était point atrophié, le chiasma et le nerf optique gauche ne présentaient rien d'anormal.

Les ventricules latéraux, beaucoup plus volumineux que chez l'adulte, avaient, en se développant, comprimé la substance cérébrale. Ils contenaient une quantité énorme de sérosité, qui a jailli par flots et que nous n'avons pu mesurer.

Le trigone cérébral était ramolli, ainsi que les parois des ventricules. La membrane interne de ces cavités était seule restée intacte. Le doigt pénétrait au-dessous d'elle dans la substance cérébrale réduite en bouillie.

Le cerveau paraissait contenir très peu de sang.

Les sommets pulmonaires contenaient quelques grains tuberculeux. Ils étaient plus nombreux à gauche, et quelques-uns étaient ramollis. Rien dans les autres organes.

Nous ne pouvons terminer cette observation sans faire remarquer que, malgré l'origine ancienne du tubercule du nerf optique, ce n'est que huit jours avant la mort que la mère s'est aperçue que l'enfant n'y voyait pas de l'œil droit; la pupille de ce côté n'a jamais été beaucoup plus dilatée que celle du côté opposé.

ARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE; ABCÈS MÉTASTATIQUES DANS LE TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ, CHEZ UN NOUVEAU-NÉ DE QUINZE JOURS, par M. TÉMOIN.

Cet enfant est venu au monde sans le moindre accident. Il n'a pas reçu de coup. On n'a pas tiré sur les membres pour favoriser sa sortie.

Il était gros, fort, bien constitué. Il n'a rien présenté de particulier dans les premiers jours de son existence, mais il n'a jamais bien tété. Quelques jours après sa naissance, on s'est aperçu qu'il avait un gonflement avec coloration violacée de la peau, à la face antérieure du bras droit, et occupant à peu près toute l'étendue du bras, se terminant à 3 centimètres au-dessus du pli du coude. Cette tumeur, molle, allongée, mal circonscrite, limitée cependant par les deux aponévroses intermusculaires, présentait de l'empatement, mais pas de fluctuation manifeste.

L'enfant criait quand on y touchait. L'épaule n'a pas attiré l'attention; elle ne présentait pas de déformation bien sensible.

Cet enfant, né le 24 janvier 1858, mourut le 7 février 1859, et voici ce qui fut constaté à l'autopsie.

Une incision de la tumeur, dans le sens longitudinal, découvre une poche ou plutôt un clapier situé en arrière du tissu cellulaire sous-cutané, entre les muscles biceps et brachial antérieur, et s'étendant depuis l'articulation scapulo-humérale jusqu'un peu au-dessus du pli du coude. Dans cette cavité on trouve un liquide santeux, lie de vin, et au milieu quelques filets purulents. Les muscles sont d'un rouge sombre, ramollis, faciles à déchirer.

Le liquide augmente par moments; c'est lorsque le sujet appuie sur l'épaule droite; alors on voit sourdre du liquide par l'extrémité inférieure de la coulisse bicipitale.

Dans l'articulation scapulo-humérale droite on trouve du liquide de même coloration, en petite quantité; mais la partie interne de la capsule est ouverte et fait communiquer l'articulation avec une poche triangulaire à sommet externe, située dans la fosse sous-scapulaire entre le muscle et l'os.

Le liquide sanguinolent offre dans son milieu quelques stries d'aspect purulent; les surfaces de cette articulation sont rouges lie de vin.

L'épiphyse de l'humérus présente la même injection dans toute son épaisseur jusqu'à la diaphyse.

Les autres articulations sont roides et laissent difficilement étendre les membres qui sont un peu fléchis.

Dans l'articulation scapulo-humérale gauche, on trouve un liquide synovial jaune, roussâtre, épais, et présentant un commencement d'altération.

Les articulations huméro-cubitales sont saines.

Dans les articulations coxo-fémorales, synovie jaune un peu louche, pas de pus ; surfaces articulaires saines ; dans les genoux, même état.

En ouvrant l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, on voit sortir du pus en assez grande abondance. Mais un examen plus attentif fait voir qu'il vient du tissu cellulaire pré-articulaire et de la face plantaire du pied.

A gauche, il sort aussi un peu de pus du tissu cellulaire, mais moins abondant ; les surfaces articulaires sont saines.

Dans l'articulation médio-tarsienne du côté gauche, on trouve un peu de pus, et les surfaces articulaires légèrement rosées.

Examen de la poitrine. — Poumons congestionnés, crépitants, surnageant en totalité et par fragments. Rien d'anormal dans leur tissu, rien dans les plèvres. — Thymus un peu congestionné.

Le cœur contient des caillots de sang noir dans ses cavités gauches, du sang fluide dans ses cavités droites.

Foie, rate, reins congestionnés, ne présentent pas d'altération.

L'estomac et les intestins sont un peu distendus par des gaz ; l'S iliaque est sur la ligne médiane, en avant de l'angle sacro-vertébral.

Cerveau un peu ramolli, une coloration jaune existe à toute sa surface et est due à l'infiltration du tissu cellulaire par de la sérosité. Cette teinte jaune pénètre un peu la substance des circonvolutions, rien dans les autres parties du cerveau.

La mère de cet enfant, âgée de vingt-deux ans, primipare, n'a rien présenté de pathologique pendant son séjour à l'hôpital. Elle en était sortie le seizième jour après son accouchement, quand l'autopsie de l'enfant a été faite, de sorte qu'on n'a pu se procurer de renseignements sur sa santé antérieure.

ABÈS DE L'HÉMISPÈRE GAUCHE DU CERVEAU ; PARALYSIE
INCOMPLÈTE DU CÔTÉ DROIT. — Par M. DESCROIZILLES.

Jameux (Charles), âgé de vingt-sept ans, valet de chambre, est entré le 24 février 1859 à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 8. Cet homme, de taille moyenne, de constitution lymphatico-sanguine, a eu jusqu'alors une santé généralement bonne. A l'âge de sept ou huit ans, il fut atteint d'une variole légère, et plus tard, vers l'âge de vingt ans, d'une fièvre typhoïde sérieuse, suivie d'accidents, et qui le tint au lit pendant près de six mois. Venu à Paris il y a cinq ans, il fut d'abord bien portant, puis contracta il y a dix-huit mois une blennorrhagie qui a persisté depuis et qui s'est compliquée l'été dernier d'une arthrite de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, pour laquelle il est resté en traitement pendant trois semaines à la Charité. Depuis trois ou quatre mois il ne souffrait plus, lorsqu'il y a quinze à vingt jours, vers le 2 ou le 3 février, sans cause appréciable, il fut pris de malaise, de douleurs vagues dans les membres, de céphalalgie intense, en un mot de tous les signes d'un état fébrile. Ces symptômes devinrent assez marqués au bout de deux ou trois jours pour l'obliger à prendre le lit (7 février). Il y resta six jours, éprouvant toujours un mal de tête très violent, de l'anorexie, du malaise, de la courbature et des douleurs dans les membres. Dès ce moment, dit-il, la céphalalgie était plus marquée à gauche qu'à droite. Un émétocathartique fut donné et sembla, au dire du malade, produire un soulagement assez prononcé qui lui permit de reprendre son travail accoutumé du 13 au 16 février, quoique il fût toujours souffrant, faible, et pût à peine manger. Le jeudi matin (17 février), se sentant pris de nouveau de céphalalgie intolérable et de malaise général, il se recoucha, et depuis a gardé le lit jusqu'au moment où il se décida à entrer à l'hôpital. L'état resta le même le 18 ; le 19 un purgatif (huile de ricin) fut administré ; dans la journée des vomissements bilieux parurent (le malade était à la diète depuis la veille). Le soir, quatre sangues furent appliquées à la région temporale du côté gauche. Le 20, les vomissements reparurent à deux ou trois reprises, et le soir on fit une nouvelle application de sangsues sur le front et du même côté. Le lendemain matin, le

malade se présentait à la consultation de M. Nonat et était admis à la salle Saint-Ferdinand.

Le 21, à la visite du soir, on constate un état de stupeur très apparent à première vue. Le pouls est régulier, d'une lenteur remarquable (48 pulsations), la peau chaude, un peu sèche, la face légèrement injectée, morne, sans expression ; les yeux un peu brillants, mais sans vascularisation plus accusée qu'à l'état normal ; les paupières supérieures rouges et un peu abaissées, les pupilles non dilatées et conservant leur contractilité. Le malade se plaint d'une céphalalgie opiniâtre ; la douleur est plus marquée, dit-il, à gauche qu'à droite ; elle règne sur toute cette moitié latérale, elle s'étend jusqu'à la nuque, elle ne semble pas s'exaspérer par la pression et le front n'est pas brûlant. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre, épais ; la bouche mauvaise, l'haleine sans fétidité, le ventre n'est pas ballonné, il n'y a point de gargouillement, point de diarrhée (la constipation a été constante depuis le début), pas de douleur à la pression. Des vomissements verdâtres ont paru à deux reprises depuis le matin. Le malade ne tousse pas, et l'on ne trouve aucun signe du côté du thorax ; il raconte qu'hier il a éprouvé, à la suite d'un étourdissement, une paralysie des deux membres droits, qui s'est dissipée incomplètement au bout de quelques instants. Aujourd'hui on ne trouve que fort peu de diminution de la sensibilité de ce côté ; le membre supérieur a la même force à peu près que celui du côté opposé ; cependant l'élévation complète paraît difficile. Quant au membre inférieur, il y a une diminution de la motilité bien prononcée ; c'est à peine si le malade peut élever la pointe du pied à 10 centimètres au-dessus du lit. D'ailleurs, les réponses sont assez nettes, bien que courtes et faites avec répugnance ; l'intelligence est intacte. L'impression de la lumière et celle de la voix semblent désagréables au malade. (Six sangsues derrière l'oreille gauche, eau froide sur le front, sinapismes aux jambes.)

Le 22, même état, même aspect de la face, pas de troubles de la vision, pas de strabisme ; toujours céphalalgie violente à gauche ; absence, comme hier, de phénomènes pathologiques du côté du thorax et de l'abdomen, toujours constipation ; les vomissements n'ont pas reparu depuis hier. On constate toujours une diminution de la sensibilité et du mouvement du côté droit, mais moins mar-

quée qu'hier, le pouls est à 44, la langue toujours chargée. M. Nonat admet une méningo-encéphalite des ventricules, dont les symptômes ont marché d'une façon irrégulière et insidieuse, mais qui laisse peu d'espoir de guérison. On prescrit frictions avec pommade stibiée (8 grammes pour 30 d'axonge) sur toute la voûte du crâne préalablement rasée, limonade sucrée. Diète complète.

Rien de nouveau le soir; pouls toujours au-dessous de 50.

Même état le 23. Le pouls a la même lenteur, la céphalalgie persiste, mais elle est aussi intense, dit-il, d'un côté que de l'autre; les yeux sont toujours brillants, mais sans dilatation des pupilles, sans strabisme. La langue est couverte d'un enduit épais; il n'y a pas eu de selles, pas de contractures ni de mouvements convulsifs, pas de délire, seulement une somnolence habituelle interrompue par quelques intervalles d'agitation pendant lesquels le malade pousse des plaintes vagues et inarticulées. Les vomissements ne se sont pas reproduits. On prescrit une nouvelle friction avec la pommade stibiée; calomel, 50 centigrammes avec jalap, 4 gramme en dix paquets; sinapismes. Diète.

Rien à noter à la visite du soir. Tous les mêmes signes persistent, la paralysie du côté droit seule semble avoir complètement disparu. Pouls toujours de 45 à 50.

Vers six heures du soir, quelques mouvements convulsifs paraissent avec un peu de délire; cet état dure jusqu'à minuit et est suivi d'un intervalle de calme auquel succède vers cinq heures du matin une nouvelle période de convulsions, accompagnées de délire bruyant, de rougeur de la face. Puis la résolution survient avec un refroidissement rapide, et la mort a lieu à sept heures du matin (25 février).

Autopsie faite vingt-six heures après la mort. — Tous les organes, et notamment les poumons, le cœur, sont sains. Les centres nerveux seuls présentent de l'intérêt. De ce côté on découvre une injection générale des méninges sur toute la surface convexe, un peu moins marquée à la base; d'ailleurs pas d'altération de consistance, pas d'épanchement, rien dans l'intérieur des ventricules, rien dans le cervelet, dans les corps striés ni dans les couches optiques. La lésion principale consiste en deux abcès situés dans l'épaisseur de la moitié latérale gauche du cerveau, tous deux

dans la substance blanche, immédiatement au-dessous de la couche corticale des circonvolutions ; l'un à la face supérieure du lobe occipital, à 6 centimètres de l'extrémité postérieure du cerveau ; l'autre à la face inférieure du lobe frontal en dehors du nerf olfactif gauche, à 3 ou 4 centimètres de l'extrémité antérieure de l'hémisphère. L'un et l'autre sont du volume d'une noix, aplatis de dehors en dedans, à parois irrégulières, anfractueuses, finement vascularisées ; le pus qui les remplit a tous les caractères du pus phlegmoneux : quant à la substance cérébrale, elle ne présente pas d'altération de consistance ni de vascularisation.

Ont été nommés membres adjoints : MM. Ladreit de la Charrière, Léon Labbé, Gibert et Gellée.

XXXIV. ANNÉE. — MARS 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Tumeur encéphaloïde de l'extrémité inférieure du fémur; albuminurie consécutive à l'amputation; extrait du rapport de M. Luton. — 2. Poumons infiltrés de matière charbonneuse chez un mouleur en cuivre. — 3. Cysticerques dans le cœur, le cerveau et la plupart des muscles. — 4. Tumeur du corps de la matrice ayant déterminé des signes d'iléus. — 5. Absès du cervelet. — 6. Fissure complète du fémur gauche. — 7. Mécanisme de l'oblitération des veines consécutives aux amputations. — 8. Oblitération des veines après la phlébite. — 9. Épithélioma des enveloppes de la moelle. — 10. Hypertrophie concentrique de l'estomac. — 11. Apoplexie avec phlébite des veines du cerveau chez une femme en couches. — 12. Hernie crurale étranglée par le collet du sac. — 13. Insuffisance aortique. — 14. Néphrite consécutive à la lithotritie; discussion. — 15. Œdème de la glotte et nécrose des cartilages du larynx dans la fièvre typhoïde.

OBSERVATIONS. — Œdème de la glotte; nécrose du cartilage cricoïde; trachéotomie; mort. — Par M. Genouville. — Extrait du rapport de M. Vidal.

Torsion congénitale de la verge; hypospadias supérieur, par M. Guérlain. — Extrait du rapport de M. Dolbeau.

anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte; symptômes d'angine de poitrine; mort. — Par M. Bonfils. — Extrait du rapport de M. Vidal.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. *M. Schulze présente une tumeur encéphaloïde de l'extrémité inférieure du fémur droit, développée chez une femme de dix-neuf ans dans les conditions suivantes : au mois de juin 1857, chute sur le genou droit, douleurs consécutives pendant la marche. Au mois d'octobre suivant, début de la tuméfaction et sensibilité à une pression un peu prolongée. Le 13 octobre, la malade se marie, danse deux jours de suite, et à partir de ce moment, ne peut plus*

marcher qu'en boitant. (Vésicatoires suivis d'amélioration.) Vers la fin de décembre, à la suite de courses très fatigantes, retour du gonflement et des douleurs, impossibilité de la marche, repos forcé au lit ou sur une chaise. Au mois de mars suivant, un médecin de province, après avoir essayé la pommade à l'iodure de plomb, place six cautères et emploie les onctions mercurielles avec aussi peu de succès. Il pratique alors une ponction qui ne donne issue qu'à une petite quantité de sang, et constate dans les parties molles une consistance particulière. La tuméfaction du genou et les douleurs ne faisant que s'accroître, on conseille l'amputation ; la malade entre à la Charité dans le service de M. Manec. On constate l'état suivant : le genou présente un volume énorme, surtout à la partie supérieure des condyles fémoraux ; le développement est à peu près régulier et s'étend aussi bien à la face antérieure qu'aux parties interne et externe ; de ce côté pourtant, il y a un peu plus d'aplatissement, ce qu'on peut expliquer par l'aponévrose fascia lata. La tumeur s'étend jusqu'au bord supérieur de la rotule qui est tendue et ne jouit que d'une mobilité très faible, sans être adhérente en aucun point. En comprimant cet os, on ne perçoit pas le choc caractéristique des épanchements intra-articulaires. Le tibia a sa forme normale, le creux poplité est légèrement effacé et l'on sent à la palpation que les parties molles sont refoulées par une portion profonde de la tumeur. Celle-ci est de consistance assez molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, sans bosselures, et indolente à la pression. Les douleurs qu'elle provoque sont spontanées, presque continues et assez vives pour interrompre le sommeil ; l'auscultation n'y révèle aucun bruit de souffle. Par son siège, elle paraît s'être développée au haut de l'espace intercondylien, au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale, pour gagner de là les parties voisines. Le membre est dans une légère flexion ; les mouvements volontaires sont impossibles à cause de la douleur ; les mouvements communiqués sont également très limités et s'exercent sans bruit de frottement. Amaigrissement général de la malade, pas de traces de scrofules antérieures, pas de signes de tuberculisation pulmonaire, aucun antécédent fâcheux dans la famille. Dans ces conditions, on hésite entre une tumeur blanche et une affection de nature plus grave développée primitivement dans les condyles fémoraux.

raux. L'amputation pratiquée le 1^{er} juillet fait voir qu'il s'agissait en effet d'une tumeur encéphaloïde occupant toute la face externe du tiers inférieur du fémur jusqu'au cartilage articulaire. Elle est très volumineuse et comme enkystée par une membrane fibreuse, peu résistante. La bandelette de l'aponévrose fascia lata en dehors, et le paquet vasculaire et nerveux qui remplit le creux poplité en arrière, la partagent par des sillons profonds en trois lobes inégaux dont l'antérieur est de beaucoup le plus considérable. Les fibres profondes des muscles vastes interne et externe adhèrent légèrement à la membrane fibreuse enveloppante. L'articulation est saine; la rotule a été simplement un peu refoulée en bas. Le tissu de la tumeur a une consistance molle, pâteuse, se laisse pénétrer facilement par le doigt et donne lieu à une fausse sensation de fluctuation; à la coupe, il offre un fond grisâtre général, parsemé d'un grand nombre de petites plaques rouges ecchymotiques. La limite inférieure est bien indiquée par l'insertion du cartilage diarthrodial, qui a ses caractères normaux; à la limite supérieure, la membrane enveloppante se continue avec le périoste. La substance osseuse du fémur, profondément altérée, cède à la pression et est envahie par les noyaux cancéreux. M. Luton, qui a fait l'examen de la pièce au microscope, a constaté les caractères d'une tumeur encéphaloïde en voie d'atrophie graisseuse.

Les suites de l'opération furent très malheureuses: douze jours après, on constatait pour la première fois la présence de l'albumine dans les urines; le membre inférieur gauche s'infiltrait, le moignon devenait lui-même œdémateux; une eschare se formait au sacrum et déterminait une suppuration abondante qui épuisa la malade et l'emporta cinquante jours après l'amputation. On trouva à l'autopsie, dans les reins, les altérations qui caractérisent le deuxième degré de la maladie de Bright.

M. Luton a fait les réflexions suivantes dans son rapport:

Dans l'examen que j'ai fait de cette tumeur, il m'a paru qu'elle avait dû débiter en dehors de l'os et que primitivement la dégénérescence avait atteint le périoste. En effet, l'os lui-même était peu déformé, et il semblait que la masse cancéreuse lui fût juxtaposée. Cependant la substance médullaire était malade; mais, tandis que dans la tumeur extérieure le cancer offrait des traces évidentes de transformation graisseuse disséminée, on ne trouvait

dans l'os que des éléments d'une nature cancéreuse contestable : c'étaient simplement des noyaux de dimensions moyennes qu'on pouvait rattacher soit au tissu fibro-plastique, soit aux éléments de la moelle, et dans ces mêmes points on ne voyait pas de traces de métamorphose graisseuse des néoplasmes. L'altération était donc plus ancienne dans la tumeur extraosseuse que dans l'os lui-même ; il est donc légitime d'admettre que c'est sur le périoste que la dégénérescence s'est manifestée dans le principe et qu'il s'agissait ici en réalité d'un cancer périostique.

Quant à l'albuminurie, a-t-elle été la conséquence de l'opération ? L'observation de M. Schulze viendrait-elle, comme il le croit, à l'appui des faits par lesquels Siebert, dans son *TRAITÉ DES MALADIES DE L'ABDOMEN*, cherche à prouver que les grandes opérations sont cause d'albuminurie ? On sait que le docteur Rosenstein (de Dantzig), dans un travail sur *l'étiologie de la néphrite parenchymateuse*, qui a été traduit et analysé dans la *GAZETTE HEBDOMADAIRE* (24 janvier 1859), conteste la valeur des faits et les conclusions de Siebert. Il croit que tous les cas en question doivent être rapportés à des malades atteints d'affections chroniques des os et des articulations susceptibles à elles seules de produire l'albuminurie. Mais si chez la malade de M. Schulze ce symptôme n'existait pas avant l'opération et n'a été réellement constaté qu'après celle-ci, les objections du docteur Rosenstein perdent de leur importance.

Dans tous les cas, ces résultats demandent une vérification nouvelle.

2. M. Bergeron fait voir des *poumons infiltrés de matière charbonneuse* provenant de l'autopsie d'un *mouleur en cuivre* mort dans le service de M. Tardieu, à l'hôpital la Riboisière. Cet homme avait présenté tous les signes d'une bronchite chronique spéciale (*Anthracosis* de Strauton) : facies anxieux, voussure considérable du côté droit de la poitrine ; à gauche, matité étendue et absence complète du bruit respiratoire ; hémoptysies, vomissements ; accès de dyspnée ; toux fréquente, avec expectoration puriforme, mêlée d'ilots ou de stries de matière charbonneuse ; pas de fétidité de

l'haleine ; amaigrissement graduel. La mort survint pendant un accès de suffocation.

A l'autopsie, le poumon droit, presque doublé de volume, était rempli d'une sérosité roussâtre et spumeuse ; sa surface, noire, à reflets bleus, marbrée de taches rougeâtres, adhérait à la plèvre costale par des fausses membranes d'origine ancienne ; son tissu, de consistance cartilagineuse, se laisse difficilement couper ; il est d'un noir mat au sommet, tandis qu'à la base il présente un fond rouge marbré de noir. Les dimensions et l'épaisseur des dernières ramifications bronchiques sont remarquablement augmentées. Il n'y a ni emphysème, ni traces de tubercules. Le poumon gauche est compacte, induré, et comme revenu sur lui-même ; il offre dans toute son étendue la coloration noire et la désorganisation profonde que l'on constate seulement au sommet dans le poumon droit. Ce dernier serait malade depuis moins longtemps, car c'est par la partie supérieure des poumons que l'affection semble débiter.

La nature véritablement charbonneuse de la matière noire qui infiltre le parenchyme pulmonaire a été établie par l'analyse chimique de la façon suivante : pour détruire les matières organiques sans produire de charbon, on a fait passer, pendant plusieurs heures, un courant de chlore dans de l'eau où le poumon, en se dégorgeant, avait laissé en suspension une notable quantité de matière noire. La filtration de ce liquide, suivie d'une courte ébullition avec une solution concentrée de potasse, a permis d'obtenir le charbon à peu près pur. Une fois desséché, il se présente, en effet, sous forme d'une poudre d'un noir mat, tachant les doigts et le papier, inattaquable par les acides, décolorant les matières végétales, et donnant enfin par sa combustion de l'acide carbonique. M. le docteur Lhuys est arrivé par l'observation microscopique à constater également la nature charbonneuse de cette matière noire, et a confirmé ainsi le résultat de l'analyse chimique.

C'est en 1854 que M. le docteur Tardieu appela pour la première fois l'attention des hygiénistes et des médecins sur la gravité de cette forme de bronchite chronique, due au dépôt lent et graduel de la poussière de charbon dans les poumons, et qui se rencontre chez les ouvriers exposés par leur profession à respirer un air chargé de cette poussière. C'est la maladie des mineurs,

décrite depuis longtemps en Angleterre sous le nom d'*Anthracosis*. On a donc là un exemple très remarquable de l'insalubrité attachée à certaines professions, à cause de l'introduction constante dans les voies respiratoires d'une matière inerte, agissant par sa seule présence, et déterminant à la longue des effets aussi redoutables que ceux d'un poison.

S. M. Molland montre des *cysticerques* trouvés dans le cœur, le cerveau et presque tous les muscles d'une vieille femme de la Salpêtrière, âgée de quatre-vingt-deux ans, chez laquelle on n'avait jamais constaté d'autres signes que ceux d'une hypertrophie du cœur. Les muscles des mains et des pieds sont les seuls où on n'ait pas rencontré de ces entozoaires.

Ils sont renfermés dans des kystes disposés en chapelets, et occupent les espaces qui séparent les muscles entre eux et les intervalles compris entre les faisceaux musculaires; on en rencontre jusque dans le diaphragme. Ils sont très abondants dans le tissu cellulaire sous-cutané; sur le côté gauche du cou il y en avait un tout à fait superficiel, faisant une saillie très apparente, et recouvert seulement par l'épiderme. On n'a pu en découvrir que deux sur la plèvre pulmonaire droite, mais le péritoine en était parsemé. Dans le cerveau, ils occupent les espaces sous-arachnoïdiens postérieur et antérieur de la base, les anfractuosités, les ventricules latéraux, et l'épaisseur de la substance blanche elle-même; le tissu cérébral n'offre en aucun point de ramollissement périphérique; plusieurs kystes superficiels se sont seulement creusés des cavités en déprimant les circonvolutions.

Le cœur portait également deux de ces kystes, l'un à la surface externe, l'autre à la surface interne, sur un des gros piliers du ventricule gauche, auquel il était très adhérent.

Tous les autres organes (poumons, foie, rate, reins, vessie, utérus et ovaires) ont été examinés avec le plus grand soin, ainsi que les yeux, et on n'en a trouvé aucune trace.

Étudiés isolément, ces kystes ont une membrane d'enveloppe transparente, et contiennent un liquide clair avec le vésicule qui renferme l'animal. A un grossissement de 20 diamètres, les *cysticerques* présentent une tête garnie de quatre ventouses, et une

double couronne de crochets à la partie supérieure. Ils offrent les mêmes caractères, quelle que soit la région où on les prene, et dans aucun des nombreux kystes qui ont été ouverts on n'a trouvé plus d'un animal.

Malgré l'abondance de ceux qui existaient dans le cerveau, jamais la malade n'avait présenté de phénomènes cérébraux ; elle a conservé jusqu'à la fin son intelligence et l'usage parfait de ses membres. Elle a toujours eu un appétit très développé ; malheureusement il a été impossible de savoir quel avait été son genre de vie avant son admission à la Salpêtrière.

4. M. Gingeot fait voir une *tumeur du corps de la matrice ayant déterminé des signes d'iléus* chez une femme de quarante-neuf ans, morte dans le service de M. Béhier, à l'hôpital Beaujon. Elle était depuis deux ans sujette à des pertes abondantes et répétées, et présentait depuis huit jours, au moment de son entrée, des symptômes d'occlusion intestinale. La constipation finit par céder sous l'influence de l'huile de croton, et ne tarda pas à être remplacée par une diarrhée colliquative qui emporta rapidement la malade.

A l'autopsie on trouva dans le corps de l'utérus une tumeur longue de 40 centimètres, large de 12 centimètres, d'aspect encéphaloïde, ramollie, et offrant en divers points la consistance pulpeuse. Dans sa portion latérale gauche, elle est creusée d'une cavité qui communique avec l'intérieur du col. Celui-ci est parfaitement sain, et la tumeur est entièrement formée aux dépens du corps de l'utérus. A droite et en haut, elle présente une double adhérence établie au moyen d'une bride avec l'appendice iléo-cæcal et avec l'intestin grêle. Il en résulte deux sortes d'anneaux, dans lesquels a pu s'engager momentanément une anse intestinale, ce qui expliquerait les phénomènes d'étranglement interne offerts par la malade.

M. Besnier fait remarquer qu'on n'a trouvé aucune trace de constriction sur l'intestin, et qu'il est tout aussi rationnel et même plus probable d'admettre que c'est la tumeur utérine elle-même qui a pu établir par compression un obstacle temporaire au cours des matières.

✂. M. Dumont présente un abcès du cervelet sur lequel il fournit les détails suivants :

Le 2 janvier 1859 est entré à l'hôpital la Riboisière (salle Saint-Vincent, service de M. Tardieu) un jeune homme de dix-sept ans, ouvrier dans un atelier de batteur en métaux. Il est impossible d'obtenir des renseignements sérieux sur l'état antérieur de ce malade. Toutefois il demeure établi, par les rapports des personnes qui l'ont transporté à l'hôpital, que le malade est alité depuis huit jours sans qu'il ait subi aucun traitement ; il n'en porte d'ailleurs aucune trace.

L'état actuel du malade, à son entrée, est le suivant : le facies exprime la prostration la plus profonde, les paupières sont à demi entr'ouvertes, les pupilles sont dilatées. Les yeux sont couverts de mucosités qui tombent en larmes épaisses et opaques vers les angles des paupières. Le regard est fixe et terne ; les mâchoires sont fortement serrées par un trismus continu ; les lèvres, tombantes, sont couvertes de concrétions épaisses et jaunâtres ; narines pulvérulentes ; décubitus dorsal. L'intelligence du malade est complètement endormie, et ne s'éveille pas sous l'influence des excitations les plus vives, seulement quelques plaintes inarticulées, quelques signes à peine intelligibles. Pas de paralysie, mais plutôt résolution générale, alternant à de longs intervalles avec quelques mouvements involontaires sur place et une agitation des deux membres supérieurs ; peut-être l'agitation est-elle augmentée quand on cherche à dompter ces mouvements. Cette excitation, ainsi augmentée par le toucher, ne semble pas se lier à une véritable hyperesthésie. Aucun vomissement ; le ventre est déprimé en carène ; des traînées rougeâtres persistantes y sont déterminées par le frottement du doigt. Le pouls est fréquent (80) ; peau sèche, chaleur âcre. Respiration accélérée ; quelques râles muqueux généralisés en arrière ; un peu de souffle bronchique du côté gauche. (15 sangsues derrière les oreilles ; calomel 0,30 en 3 paquets ; lavement laxatif.)

3 janvier. — Un peu de mieux ; l'assoupissement est moins profond ; pouls à 75, mou et dépressible ; constipation persistante. (Cataplasmes sinapisés sur les jambes ; glace sur la tête ; vésicatoire derrière le cou.)

4 janvier. — L'état s'aggrave, le pouls s'accélère, devient irrégulier.

gulier (90); sueur visqueuse couvrant tout le corps; les yeux sont fermés; toute excitation cesse. (2 vésicatoires en dedans des cuisses.)

5 janvier. — Peau livide, froide, couverte de sueurs; tête renversée en arrière; pouls 90.

6 janvier. — Mort à neuf heures du matin.

Autopsie. — Dure-mère injectée; pie-mère friable, adhérente en quelques points à la surface du cerveau, et surtout à la face latérale et inférieure de l'hémisphère gauche. En ce point, cette membrane est d'un rouge écarlate nettement limité; elle est friable, un simple frottement suffit pour la déchirer. Le cerveau, dépouillé de ses membranes, est rouge à la surface, surtout à gauche; à la coupe, il offre un aspect sablé. Les ventricules, surtout à droite, sont remplis de sérosité mêlée de pus vers les parties déclives. En enlevant le cervelet il se fait une rupture spontanée de la couche corticale de l'hémisphère gauche; il s'en écoule deux cuillerées environ d'un pus jaune, filant, sans odeur fétide. Le foyer d'où il s'écoule occupe la partie supérieure et interne de l'hémisphère droit, et s'étend en traversant le *vermis superior*; il empiète sur l'hémisphère gauche. La forme du foyer est anfractueuse; ses parois brunes, tomenteuses, ne sont pas couvertes d'une enveloppe épaissie en fausse membrane.

Vers les poumons, engouement qui, dans quelques points, simule aisément l'apoplexie. *A la coupe*, abondance extrême de sang écoulé.

Le foie offre à ses deux faces des plaques jaunâtres demi-concrètes, de largeur et de profondeur variables. La plus épaisse à la coupe ne dépasse pas un centimètre en profondeur. Ces plaques ont l'apparence d'abcès métastatiques.

Les autres organes ne présentent rien de notable.

● M. Perrin fait voir une *fissure complète du fémur gauche* recueillie dans les circonstances suivantes :

Dans le courant du mois de juin 1855, on m'apporta à l'ambulance de tranchée du Carénage un soldat d'infanterie employé comme travailleur aux tranchées et qui venait d'avoir la partie supérieure de la jambe gauche fracturée comminutivement par un

éclat de bombe. La gravité de la blessure, son siège, rendaient immédiatement nécessaire l'amputation de la cuisse.

Au moment où je me disposais à pratiquer l'opération, je reconnus sur la face externe de la cuisse gauche une petite plaie insignifiante à première vue, mais sur l'état de laquelle néanmoins je voulus être fixé avant de commencer l'amputation du membre. Je la trouvai, à ma grande surprise, très profonde : une sonde de femme permettait de reconnaître facilement au fond de la plaie un petit corps étranger et une perte de substance à la diaphyse du fémur. En face de cet incident, le plan primitif de l'opération me parut devoir être modifié de telle façon qu'il me fût possible d'explorer directement l'état de l'os.

Pour arriver à ce résultat, le malade étant sous l'influence du chloroforme, je fis une incision verticale pénétrant jusqu'à l'os et passant par la plaie. Je trouvai à la surface de l'os un petit caillou ayant à peu près la forme d'un haricot, d'une longueur de 48 millimètres et d'une largeur de 44 millimètres. Au niveau de ce petit corps étranger, la paroi fémorale offrait une petite perte de substance terminée en haut et en bas par une fente verticale. Cette fente verticale, suivie attentivement, était masquée, si ce n'est au niveau du point d'application de la force, par la présence du périoste demeuré intact, de telle façon qu'il me fallut le diviser pour atteindre les limites de la fissure au delà desquelles je pratiquai la section de l'os, après avoir utilisé l'incision exploratrice pour la formation d'un grand lambeau antérieur. Avant de faire le pansement, j'examinai encore la surface de section de l'os : elle me parut intacte. Ce malade fut immédiatement, comme c'était la règle, évacué sur une des ambulances divisionnaires, et je le perdis complètement de vue.

Voici, d'après des notes prises au lieu même, ce que nous fit voir l'autopsie du membre : le tibia est fracturé comminutivement ; plusieurs traits de fracture pénètrent dans l'articulation fémorotibiale. Les condyles fémoraux sont intacts. Dans le creux intercondylien vient aboutir une fissure intéressant toute l'épaisseur de l'os et remontant verticalement dans une étendue de 45 centimètres jusqu'aux abords de la surface de section. Cette fissure, d'abord antéro-postérieure au niveau des condyles du fémur, devient oblique à mesure qu'elle s'élève de façon à former à son extrémité

supérieure un angle de 25 centimètres environ avec sa direction primitive : elle divise l'os en deux parties égales. Dans les deux tiers de son étendue, ces deux parties sont assez écartées l'une de l'autre pour permettre à la lumière de les traverser. Dans le tiers supérieur, au contraire, elles sont exactement juxta-posées et recouvertes par le périoste.

Pour bien m'assurer que la fissure ne remontait pas jusqu'à la surface de section et pour reconnaître exactement sa limite supérieure, je tirai doucement sur les condyles, de façon à rendre la fente plus visible. Le plus léger effort amena la séparation complète de l'os dans toute sa hauteur et me révéla que, malgré tous mes soins, le trait de scie avait porté sur des parties atteintes par la fissure. Les surfaces de la fissure n'offrent aucune esquille et rappellent par leur disposition une forme plus particulièrement connue en minéralogie sous le nom de cassure conchoïde.

A 10 centimètres des condyles, et sur le trajet de la fêlure, la paroi osseuse sur sa face externe présente une perte de substance rappelant la forme du corps étranger qui l'a produite ; du côté du canal médullaire, cette paroi est détachée complètement et se présente sous la forme d'une esquille triangulaire de 6 centimètres de longueur.

M. Houel. La pièce présentée par M. Perrin n'est pas une fissure, mais une fracture longitudinale oblique du fémur du genre de celles qui ont été décrites par M. Cloquet. Ici l'os est complètement divisé en deux parties égales, tandis que l'on doit réserver, ainsi que le fait M. Malgaigne, le nom de *fissures* ou *fêlures* aux fractures incomplètes qui se bornent à une portion de l'épaisseur de l'os.

M. Perrin répond qu'il s'est servi du langage généralement usité dans la science ; les fractures du genre de celle qu'il présente, où les deux moitiés de l'os divisé restent en contact parfait l'une avec l'autre, diffèrent trop des fractures ordinaires pour ne pas porter un nom différent. C'est ainsi qu'on cite partout, et M. Malgaigne lui-même, comme le plus bel exemple d'une fissure pure de tout mélange la pièce donnée par Fleury au musée du Val-de-Grâce, et dans laquelle le fémur est divisé dans toute son épaisseur.

M. Houel. Dans la pièce de Fleury, la fissure principale occupe

bien toute l'épaisseur de la paroi diaphysaire et arrive jusqu'au canal médullaire, mais ne traverse pas toute l'épaisseur de l'os. Elle rentre donc bien dans la définition des véritables fissures. Celles-ci ont encore été divisées par M. Malgaigne en deux variétés, suivant que la solution de continuité arrive ou non jusqu'au canal médullaire. M. Houel insiste sur la gravité de ces fissures, à cause de l'ostéomyélite dont elles s'accompagnent souvent, et rappelle à ce propos les observations de fissures du tibia dues à Duverney, et dans lesquelles ce chirurgien a été forcé d'appliquer le trépan pour donner issue à la sécrétion purulente du foyer de la fissure.

M. Perrin persiste à soutenir que cette distinction n'a pas la valeur que M. Houel lui attribue.

7. M. Verneuil fait voir une pièce relative au *mécanisme de l'oblitération des veines consécutive aux amputations*. On s'est toujours préoccupé exclusivement des artères, qui ont été fort étudiées, et l'on a trop négligé les veines dans l'examen anatomo-pathologique des moignons. Ici il s'agit des deux veines saphènes d'un amputé mort vers le vingt-cinquième jour; il y a ceci de remarquable que, bien que placées dans les mêmes conditions, elles présentent un état anatomique très différent l'une de l'autre, de telle sorte qu'on est tenté d'admettre plusieurs espèces de mécanisme pour l'oblitération veineuse, ce qui expliquerait la divergence d'opinion des auteurs sur ce sujet. Les deux veines, vers leur extrémité libre, correspondant aux bourgeons charnus de la plaie, sont complètement oblitérées et converties en un cordon plein dans une étendue de 2 à 3 millimètres; mais au-dessus elles diffèrent notablement. La veine saphène interne jusqu'à la première valvule est blanchâtre, épaisse, cylindrique; sa cavité n'est pas détruite, mais seulement effacée par le rapprochement des parois qui sont presque au contact et sont remarquables par la disposition aréolaire des plis de la tunique interne; il n'existe qu'un très petit caillot flottant, offrant à peine les dimensions d'une tête d'épingle. La veine saphène externe, au contraire, renferme

un long caillot étroit, libre dans toute sa longueur, qui s'étend depuis l'extrémité inférieure jusqu'à la première valvule.

S. M. Dumont-Pallier montre également une pièce relative à un mode particulier d'oblitération veineuse à la suite de phlébite. Cette pièce, qui a déjà été présentée à la Société de biologie, provient d'un phthisique qui était affecté d'une double *phlegmatia alba dolens*, plus ancienne à gauche. De ce côté on trouve la veine iliaque externe remplie par un caillot cylindrique libre d'adhérences jusqu'au ligament de Fallope; là il en contracte brusquement d'assez fortes, difficiles à rompre et de nature tout à fait celluleuse. Plus bas, la veine fémorale a sa lumière cloisonnée par une série de prolongements ou tractus celluleux, étendus comme des ponts ou des brides d'une paroi à l'autre; les uns semblent traverser de part en part les caillots fibrineux, les autres paraissent avoir pris naissance dans les caillots eux-mêmes. Plus la phlébite est ancienne, plus ces tractus se multiplient et s'épaississent, et ils contribuent ainsi à produire l'aspect de cordons fibreux sous lequel on a décrit les veines oblitérées. Ce mécanisme remarquable a déjà été observé par M. Dumont-Pallier dans un certain nombre de cas.

M. Barth explique que la coagulation du sang dans l'intérieur de la veine enflammée est plus ou moins rapide; qu'elle se forme par des dépôts ou couches successives concentriques, et d'autant plus épaisses en général, qu'on se rapproche de la circonférence du vaisseau; vers le centre, on rencontre des parties plus molles, plus fluides; quelquefois même le caillot est complètement tubulé. Mais cet aspect est toujours primitif, et il est impossible d'admettre, comme on l'a prétendu, que le caillot, une fois formé et à l'état de cylindre plein, puisse se perforer, se creuser secondairement d'un canal central. On constate seulement qu'il diminue de volume, et en même temps les parois veineuses se rétractent sur lui; mais, comme cette rétraction n'est pas régulière, uniforme sur tous les points, il en résulte des lacunes, des mailles, du genre de celles que laissent entre eux les tractus fibreux décrits par M. Dumont-Pallier.

Un autre point important sur lequel M. Barth a déjà soulevé autrefois une discussion et qu'il désire établir de nouveau, c'est que *le calibre d'une veine oblitérée ne se rétablit jamais*. Malgré l'opinion contraire de certains médecins distingués, parmi lesquels on compte M. Chassaignac, M. Barth persiste à soutenir que, lorsqu'on a cru au rétablissement d'une veine oblitérée, on a pris pour la veine elle-même une collatérale de nouvelle formation.

9. M. Blondet présente un *épithélioma des enveloppes de la moelle* trouvé à l'autopsie d'une femme de vingt-huit ans, paraplégique depuis seize mois, et qu'on avait toujours considérée comme atteinte d'un ramollissement de la moelle. Il donne les détails suivants :

Les enveloppes étaient plus vasculaires qu'à l'état normal; celles-ci étant encore intactes et la moelle extraite du canal rachidien, on apercevait par transparence un renflement s'étendant depuis la onzième vertèbre dorsale environ jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous du commencement de la queue de cheval. Dans tout cet espace, la moelle était bosselée, comme fluctuante, de couleur noirâtre; la dure-mère incisée, on put extraire avec la pince quelques grumeaux d'une matière caséeuse qu'à première vue on devait prendre pour les restes d'un ancien épanchement sanguin s'étant effectué dans une moelle ramollie.

Ce ne fut que lorsque je voulus examiner cette lésion au microscope que la nature m'en fut démontrée.

Une couche de cellules épithéliales entoure la moelle dans toute la hauteur que j'ai indiquée et sur une épaisseur qui, dans certains points, va jusqu'à 6 ou 7 millimètres. Au-dessous la portion lombaire de la moelle est tout à fait intacte; les tubes nerveux sont aussi nets et aussi distincts que sur les portions supérieures examinées par comparaison. La moelle, en un mot, est anatomiquement à l'état normal, sauf la compression que devait nécessairement exercer sur elle cette production pathologique.

C'était un épithélioma dont les cellules, de forme un peu variable, appartenaient cependant pour le plus grand nombre à la forme conique; bien que je les aie examinées à un très fort grossissement (600 diamètres environ), je n'ai pu apercevoir de cils

vibratiles. Leur plus grand diamètre peut être évalué approximativement à $0^{\text{mm}},02$ sur $0^{\text{mm}},015$ d'étendue transversale ; le noyau, arrondi, granuleux, pourvu d'un nucléole, avait sur certaines d'entre elles jusqu'à $0^{\text{mm}},015$ de diamètre. Quelques-unes avaient deux noyaux ; d'autres avaient la forme d'un cône tronqué, d'une navette, etc. L'acide acétique les pâlisait sans les dissoudre. Si l'on prenait entre deux doigts un peu de cette production pathologique, il arrivait fréquemment de rencontrer de petits grains anguleux, durs, crétacés, de consistance pierreuse. L'un d'eux pouvait avoir le volume et presque la forme de l'enclume, la plupart celui d'une tête ou seulement d'une pointe d'épingle. Placés sous le microscope à un grossissement de 50 à 100 fois et traités par une goutte d'acide azotique, il se faisait un vif dégagement de bulles gazeuses ; mais une portion restait opaque et non dissoute. Ces éléments s'étaient développés sur le feuillet fibro-séreux de la pie-mère et de l'arachnoïde spinale.

Cinq ou six des cordons nerveux qui forment la queue de cheval présentaient sur leur trajet un petit renflement ovoïde blanc, résistant, du volume d'un pois, ayant exactement l'apparence des névromes fibreux. Ils étaient constitués par des cellules identiques de tout point avec celles développées sur la moelle épinière elle-même.

10. M. Chavet fait voir une *hypertrophie concentrique de l'estomac* trouvée sur un vieillard de Bicêtre âgé de soixante et dix-neuf ans, et qui n'avait rien présenté de particulier du côté des fonctions digestives. Le ventricule a subi un rétrécissement tel que sa cavité contiendrait à peine 100 grammes de liquide ; les parois sont excessivement épaisses, surtout à cause du développement exagéré de la tunique musculuse. La membrane muqueuse, parfaitement saine, forme un prolapsus de 2 centimètres à l'orifice pylorique ; mais, dans le reste de son étendue, elle n'est pas plus plissée qu'à l'ordinaire.

11. M. Témoin montre une *apoplexie avec phlébite des veines du cerveau* chez une femme en couches, qui avait été atteinte successi-

vement de métrô-péritonite et de *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche dans les conditions suivantes :

Elle était âgée de vingt et un ans, primipare, accouchée naturellement le 13 février ; le 15, elle est prise d'un frisson violent qui dure trois heures, et se renouvelle le lendemain ; en même temps surviennent des douleurs de ventre assez vives, des vomissements verdâtres, et tous les signes d'une métrô-péritonite. (Julep avec alcoolature d'aconit, 4 grammes ; onctions mercurielles belladonnées.) Le 17, saignée ; l'état général s'améliore les jours suivants. Le 3 mars, tous les accidents ont disparu ; la malade mange une portion. Le 4 mars se manifestent des douleurs dans la jambe gauche et de l'œdème derrière la malléole externe ; il n'y a ni rougeur, ni cordons durs, mais seulement de la sensibilité sur le trajet des veines saphènes interne et externe, et un peu sur celui de la fémorale (40 sangsues). Les jours suivants, l'œdème envahit le pied, la jambe, la cuisse ; plus tard quelques collatérales se développent et le gonflement diminue ; l'état général reste satisfaisant.

Le 11 mars, délire la nuit pour la première fois ; le matin, céphalalgie ; les mouvements du membre supérieur ne semblent pas bien assurés, mais l'intelligence est nette. Le 12, la malade se plaint de picotements, de fourmillements dans la main et le pied droits ; un peu de diminution dans la motilité ; sensibilité normale. Le 13, dans la matinée, elle tombe de son lit ; dans la journée, perte de connaissance pendant dix minutes, immobilité, un peu d'écume à la bouche ; cette attaque ne laisse aucune trace. Le 14, nouvelle attaque dans la journée, qui dure un peu moins que la veille, et se termine de même. Le 15, pouls très fréquent ; dyspnée ; impossibilité de tirer la langue, mais conservation de l'intelligence. Mort à midi.

A l'autopsie, traces de pleurésie récente du côté gauche ; œdème et congestion pulmonaire des deux côtés ; les branches de l'artère pulmonaire sont remplies de caillots fibrineux.

Dans l'abdomen, traces de péritonite récente sur le foie, la rate et les intestins au-dessus de l'ombilic ; au-dessous, adhérences plus fortes, surtout au niveau du bassin ; environ deux verres de liquide purulent. L'utérus adhère aux anses intestinales ; pas de pus dans les parois ; rien dans les sinus, non plus que dans les

annexes. Du côté gauche, les veines utérines présentent des traces d'inflammation ; leur membrane interne est rouge, légèrement épaissie ; quelques branches sont bouchées par des caillots organisés. Dans la veine cave inférieure, au niveau de sa bifurcation, existe un gros caillôt adhérent à la paroi postérieure, assez ferme, et qui se prolonge dans les veines iliaque primitive, hypogastrique, iliaque externe du côté gauche, dans la fémorale et jusque dans la poplitée. Ce caillot remplit non-seulement les gros troncs veineux, mais les branches, et les convertit en cordons résistants ; il est solide, adhérent, et présente dans son intérieur une espèce de feutrage dont les trabécules vont s'insérer irrégulièrement sur la membrane interne des veines ; celle-ci est rouge, injectée uniformément et épaissie. La veine saphène interne contient quelques caillots noirs, mous, de date récente.

Dans le cerveau, qui est très consistant, on constate à la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère gauche un piqueté abondant sous la pie-mère, et plusieurs gros troncs veineux affectés de phlébite ; ils sont durs et remplis par des caillots solides organisés. En incisant la substance cérébrale sous-jacente, on rencontre deux caillots du volume d'une noisette : l'un, de date plus ancienne, est un peu décoloré, et la substance qui l'entoure est gris jaunâtre et ramollie ; l'autre, plus récent, est noir et placé au milieu d'un tissu parfaitement sain.

En outre, dans un espace de 2 centimètres autour de ces caillots, on observe un piqueté rouge dû à un grand nombre de petits foyers punctiformes, traces d'apoplexie capillaire. Le reste du cerveau est parfaitement sain.

M. Cruveilhier fait ressortir l'intérêt de cette pièce, qui montre bien la filiation de l'apoplexie capillaire à l'apoplexie par foyers.

M. Paul montre deux pièces :

12. A. *Une hernie crurale étranglée par le collet du sac.*

V..., âgée de cinquante-sept ans, fut atteinte, il y a dix-huit ans, d'une hernie crurale très peu volumineuse et siégeant à l'aîne gauche. Cette hernie la gênait peu ; aussi n'y fit-elle pas grande

attention, elle se contenta de la maintenir quelque temps par un mauvais bandage.

Elle n'y songeait plus, lorsque vers la fin de décembre 1858, dans un effort, sa hernie ressortit, et elle fut prise de vomissements si violents dans la même journée, qu'elle se décida à entrer à l'hôpital le lendemain.

Le soir de son entrée, on constatait dans l'aîne gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, située au-dessous du ligament de Fallope, au-dessous et en dedans de l'épine du pubis. La peau avait conservé sa couleur et sa mobilité; mais on sentait au-dessous un corps dur, immobile, adhérent aux parties profondes. Le ballonnement du ventre, l'altération des traits, les vomissements abondants de matières jaunâtres à odeur stercorale, firent reconnaître immédiatement une hernie crurale étranglée.

On essaya le taxis à plusieurs reprises, d'abord avec le chloroforme, puis après un bain d'une heure : ces tentatives échouèrent. Le lendemain matin, le chirurgien essaya de nouveau, et ne pouvant réduire la tumeur, fit une incision aux parties extérieures, ouvrit le sac, et trouva une petite tumeur rouge lie de vin, grosse comme une noisette, formée par une portion d'intestin grêle herniée. Il put, par des pressions modérées, réduire la hernie, et ne fut pas obligé de faire de débridements. Les vomissements cessèrent dans la journée et la malade parut mieux, mais elle mourut bientôt avec des symptômes d'adynamie profonde.

La dissection de la pièce montre que le viscère hernié était formé par une partie de l'intestin grêle, dont le calibre n'était pas compris en totalité dans l'étranglement. Ce n'était, en un mot, qu'un pincement de l'intestin. Un cercle rougeâtre bordé d'une petite ulcération existant sur les deux tiers de la circonférence, surtout du côté du bout supérieur de l'intestin, indique le lieu de l'étranglement.

Le sac herniaire, après avoir perforé le septum crural en dedans des vaisseaux et des ganglions lymphatiques situés à l'entrée de l'infundibulum crural, sort par un trou du *fascia crebriformis*.

Si l'on introduit le petit doigt par l'ouverture abdominale, on sent qu'il passe facilement par ce trou, bien qu'il soit assez étroit; mais un peu plus loin (1 centimètre environ), il est arrêté par un rétrécissement fibreux, très bien marqué au dehors par un sillon

circulaire, et au dedans par une saillie blanchâtre très résistante, et qui est le résultat du travail d'organisation du collet.

Un prolongement du grand épiploon, en forme de cordon, descend en outre jusqu'au fond du sac, dont il rétrécit encore la cavité, et s'y fixe par des adhérences.

13. B. Une *insuffisance aortique*, qui a présenté les particularités suivantes :

G...., âgé de quarante-huit ans, exerçant la profession de charpentier depuis longtemps, de bonne santé habituelle, n'a jamais eu de rhumatismes. Il fut pris d'étouffement pendant le courant de l'été dernier. Vers le mois de septembre, la respiration devint encore plus courte, et bien qu'il ne prit pas le lit, il ne pouvait travailler plus de dix jours dans un mois, et était obligé de s'abs tenir de tout effort pendant le reste du temps.

Au commencement de cette année, les symptômes acquirent plus de gravité, et le 2 janvier il prit le lit pour ne plus le quitter. Le médecin qui le soignait lui appliqua à la partie inférieure de la région précordiale 15 sangsues, puis un vésicatoire.

Le 4 mars, il entre à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 4. C'est un homme d'une belle stature, à large poitrine, mais amaigri et d'un teint jaune-paille, qui indique un état cachectique. La respiration est haute, fréquente (30 par minutes), mais surtout très pénible; le malade reste assis soutenu par trois oreillers. Ce qui domine surtout dans l'aspect du malade, c'est l'état de lipothymie, de tendance à la syncope, qui font craindre qu'il ne meure au moment même où on l'examine. La poitrine ne paraît pas avoir de voussure. La main constate que les battements du cœur se font sentir au creux épigastrique, et cependant ce n'est pas le choc de sa pointe que l'on y perçoit. La percussion dénote une matité assez grande pour qu'on y reconnaisse une hypertrophie considérable. La matité commence à la troisième côte, pour se continuer jusqu'en bas de la poitrine. En travers, elle est également très étendue. L'oreille constate un double bruit de souffle, mais il est difficile de préciser le siège où se trouve le maximum pour le premier bruit. Quant au second, qui est le bruit de souffle dominant, il est doux, superficiel, s'entend le long du sternum et a son maximum, non pas vers

la troisième côte, comme le décrit Hope, mais près de l'appendice xiphoïde, à 4 centimètres de cet appendice. L'arbre artériel est soulevé : la carotide se tend sous la peau à chaque battement, ainsi que la partie supérieure de la brachiale. Quant au pouls radial, il est petit et faible (84). La veine jugulaire est dilatée, variqueuse, et ne présente d'autre mouvement que le soulèvement que lui communiquent les artères. Du reste, pas d'hydropisie.

Le malade reste deux jours dans cet état, menacé continuellement de syncope. Le 16 au soir, la respiration s'embarrasse ; ce n'est plus de l'orthopnée, mais une véritable apnée qui tourmente le malade.

Le 17, à huit heures du matin, une syncope termine ses jours.

Le 18, *autopsie*. — On trouve une dilatation énorme de l'aorte avec altération de ses membranes ; la face interne est rouge, vascularisée, rugueuse. Au-dessous existent des dépôts athéromateux et calcaires. L'orifice aortique est dilaté ; les valvules, bien que saines, ne peuvent se joindre de manière à fermer l'orifice et laissent passer l'eau qu'on verse dans l'aorte.

Les autres orifices sont sains. Le cœur est quadruplé de volume ; l'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche.

On remarquera dans cette observation : 1° l'insuffisance des valvules sigmoïdes produite par une dilatation de l'aorte ; 2° la présence d'un bruit de souffle double, bien que l'insuffisance ne s'accompagne pas de rétrécissement ; 3° le siège du maximum du deuxième bruit, non pas à l'articulation de la troisième côte, mais près de l'appendice xiphoïde ; 4° l'état du pouls en rapport ici, non pas avec la lésion même (en considérant le pouls bondissant de Hope comme lié à l'insuffisance aortique), mais avec la forme syncopale de la maladie.

14. M. Duboué fait voir un cas de *néphrite consécutive à la lithotritie*, observé dans les conditions suivantes : Habert (Jean), âgé de soixante et un ans, journalier, est entré le 4^{er} mars 1859 dans le service de M. Velpeau, pour se faire traiter d'une affection des voies urinaires dont il se plaint depuis cinq ans. Il a ressenti pour la première fois à cette époque quelques douleurs dans le

gland, douleurs que la moindre fatigue exagérât. Quelques mois plus tard, il a éprouvé des difficultés dans la miction et a vu ses urines teintées en rouge il y a quatre ans environ. Le malade ajoute que, par intervalles, son urine sortait complètement rouge, et que de petits caillots allongés et comparables à des fils se déposaient dans le fond du vase au bout de quelques heures. Depuis deux ans, ces hématuries ne se sont pas reproduites; mais les urines ont toujours été chargées d'un dépôt plus ou moins abondant et légèrement rougeâtre; le moindre exercice est devenu très pénible.

Le 2 mars, M. Velpeau pratique le cathétérisme. Une sonde de trousse est introduite sans difficulté dans la vessie, et il suffit de lui imprimer quelques mouvements de va-et-vient pour la faire heurter sur un corps dur dont la présence se révèle par un choc tout à fait semblable à celui qui résulte du frottement de deux corps durs métalliques. Si l'on fait exécuter à la sonde des mouvements rapides de latéralité, on entend un choc distinct à chaque direction nouvelle qu'on donne à l'instrument. Ce bruit, que les assistants peuvent facilement entendre et qui rappelle, quant au mode de succession, les chocs répétés d'un carillon électrique, a été rapporté d'abord au frottement rugueux des différentes pièces métalliques qui composent l'algalié. Mais l'instrument ayant été retiré, on a vu que la vis intérieure qui en réunit les deux pièces articulées maintenait ces dernières dans le contact le plus parfait et qu'il ne se produisait pas le moindre bruit lorsqu'on imprimait à l'algalié les mêmes mouvements réitérés qu'elle exécutait dans la vessie.

Habert, qui paraît jouir d'ailleurs d'une santé générale assez satisfaisante, habitait la campagne avant d'entrer à l'hôpital, où il dit s'ennuyer beaucoup. Néanmoins, M. Velpeau veut le laisser s'acclimater avant d'instituer un traitement actif, et ce n'est que le 8 mars qu'il pratique la lithotritie. L'instrument dont il se sert, offrant un calibre moyen, est introduit sans occasionner la moindre douleur. Un premier calcul est saisi sans peine par les branches du lithotriteur et ne paraît avoir que 0^m,02 dans le diamètre, dont les deux points extrêmes sont fixés; il est broyé sans que cette manœuvre éveille la moindre sensibilité. Les branches du litholabe, écartées de nouveau, saisissent et écrasent un autre calcul

ou l'un des fragments du premier. L'opération ne dure à peine qu'une minute, et le lithotriteur entraîne, en sortant de l'urèthre, un petit fragment de pierre à cassure tranchante et d'un très petit volume. Quelques gouttes de sang suintent par le méat urinaire; mais le malade n'accuse pas la moindre douleur.

Le soir, frisson intense ayant duré un quart d'heure environ et s'accompagnant de claquement des dents.

Le lendemain 9 mars, il n'a plus eu de frisson et a rendu quelques petits fragments de calcul sans forme déterminée et ayant l'aspect de grains de sable très fins. Cette expulsion a causé des douleurs assez vives au malade.

Les jours suivants, perte d'appétit; pas de frissons, quelques douleurs vives dans le gland au moment de la miction, sortie de quelques grains de calcul semblables aux précédents.

Le 12 au soir, le malade se plaint de ne pas pouvoir uriner et accuse des douleurs assez vives à l'extrémité de la verge. Il est sondé avec précaution et sans difficulté; le cathétérisme ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine sanguinolente et sans sédiments. Dans la nuit, violent frisson avec claquement de dents, suivi de sueurs copieuses.

Le lendemain, à la visite, le malade est couvert de sueur et se plaint d'une très grande faiblesse; la pression exercée à plusieurs reprises sur la région des reins ne provoque pas de douleur. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, l'appétit nul; le pouls bat 104 fois par minute.

Le 14 et le 15, le frisson se répète avec les mêmes caractères; les sueurs sont aussi copieuses; la diarrhée est survenue; la peau présente une teinte blafarde.

Le 16, M. Velpeau prescrit des bols de diascordium, et ce n'est que le 19 que le dévoiement s'arrête. Mais l'état général est notablement aggravé; le ventre est ballonné, sensible à la pression, surtout dans le flanc gauche; la région rénale gauche, fortement comprimée, est aujourd'hui douloureuse. La face est terreuse et exprime l'anxiété; il y a une grande prostration. Les frissons, quoique moins intenses, se répètent tous les jours à la même heure, vers l'approche de la nuit. Le 18 mars, le malade prend 0^m,75 de sulfate de quinine.

Mais les jours suivants, l'adynamie ne fait que s'accroître, la

langue devient noire et comme parcheminée. Le malade est pris de dyspnée et se trouve tellement faible, qu'on ne peut pas le soulever pour ausculter la partie postérieure de la poitrine. A la partie antérieure et des deux côtés, le murmure respiratoire s'entend avec plus de force qu'à l'état normal. La pression réveille toujours des douleurs vives dans le flanc gauche et dans la région rénale du même côté. Les urines, rendues en moindre quantité, exhalent une odeur ammoniacale bien reconnaissable. Enfin le malade succombe le 25 mars, après une agonie de deux jours et sans avoir jamais présenté de phénomènes de délire.

L'autopsie, pratiquée trente heures après la mort, nous révèle les lésions suivantes : Le rein gauche, entouré d'une couche graisseuse fort épaisse, est très friable ; en le saisissant avec précaution pour le séparer du tissu cellulo-graisseux qui l'environne, on produit quelques déchirures à sa surface. Notablement augmenté de volume, il offre sur ses deux faces une coloration d'un rouge violacé et livide ; quelques points sont le siège d'une congestion plus vive, notamment dans le voisinage du hile et sur la face postérieure. Son enveloppe fibreuse est çà et là soulevée par de petites saillies hémisphériques, jaunâtres, du volume de grains de millet ou de chènevis, et contenant du pus concret. Cette membrane propre, qui a notablement perdu de sa résistance, se sépare néanmoins avec facilité de la substance corticale sous-jacente ; cette dernière est creusée de petites excavations qui logent la moitié des saillies précédemment mentionnées.

Une coupe du rein, pratiquée suivant sa grande circonférence, met encore en évidence l'extrême friabilité de son tissu, et fait voir, dans l'intérieur de l'organe, des petits abcès disséminés et d'un très petit volume. Les substances corticale et tubuleuse ne sont pas distinctes comme à l'état normal, et présentent une teinte violacée uniforme. Le bassin, qui paraît notablement dilaté, offre des parois ramollies qui se déchirent avec la plus grande facilité. Aucun calcul n'est rencontré dans le rein ni dans l'uretère.

Le rein droit, d'un volume normal, se présente avec ses caractères habituels de forme et de texture.

La vessie, modérément distendue par de l'urine, dépasse à peine le pubis par son sommet. Si l'on vient à lui imprimer quelques mouvements de totalité, on détermine un bruit semblable à celui

qui résulterait du choc d'un certain nombre de noisettes qu'on agiterait dans la main. Les parois ayant été incisées en avant et sur la ligne médiane, on voit qu'elles sont très épaisses, et que l'hypertrophie porte surtout sur la couche musculieuse, qui atteint en certains points jusqu'à 6 ou 7 millimètres d'épaisseur. Elles sont creusées d'une multitude de cellules, dont les plus grandes pourraient loger un gros pois. Deux de ces cavités seulement contiennent chacune un petit calcul enchatonné; l'une d'elles confine à l'embouchure de l'uretère gauche.

Sur le bas-fond de la vessie reposent un grand nombre de calculs d'un volume variable, et comme agglutinés par un mucus épais et filant que l'urine tenait en dépôt; les plus gros atteignent le volume d'une grosse noisette. En faisant trois groupes de ces calculs, et mettant dans chacun d'eux les pierres d'un volume à peu près égal, on a dix gros calculs, douze moyens et quatorze petits. Dans ces derniers, on reconnaît parfaitement les débris d'un calcul broyé par le litholabe. A part les plus petits, ils sont tous lisses à leur surface, offrent une coloration blanchâtre, et ont un poids spécifique très léger. La coupe de l'un d'eux montre un noyau central blanchâtre et des couches excentriques brunâtres séparées par des circonférences blanches. Ces couches sont d'autant plus foncées qu'on les considère plus près du noyau central. Si l'on promène avec force le bord libre de l'ongle à la surface de la coupe, on remarque une différence notable dans la résistance des parties constituantes du gravier. Tandis que le noyau central et les lignes blanches de séparation se laissent enlever par parcelles, les diverses couches concentriques résistent au grattage le plus fort. Toutefois les circonférences blanchâtres qui avoisinent la périphérie du calcul participent de la dureté des couches qu'elles séparent. Ces dernières offrent toutes une épaisseur à peu près égale et uniforme, elle est d'un demi-millimètre environ. Quant au noyau, il est sphérique, et présente le volume d'un fort grain de millet.

M. Stocker, interne en pharmacie dans le service de M. Velpeau, a bien voulu nous communiquer la note suivante au sujet de la composition chimique de ces calculs, dont il a analysé deux des plus volumineux :

« Les calculs qui m'ont été remis sont principalement constitués

» par de l'*acide urique libre*, et ne renferment qu'une petite quantité d'*urate d'ammoniaque* et d'*urate de chaux*. Un gramme de calcul ne donne qu'un centigramme de chaux après la calcination » la quantité d'ammoniaque est également très faible. Ils ne contiennent pas d'acide phosphorique, ni la moindre trace de soude, » de magnésie ou d'acide oxalique. »

Sur la partie inférieure du canal de l'urèthre, dans la région prostatique, on voit s'élever une portion de la prostate, celle que l'on a désignée sous le nom de *lobe moyen*. Elle est arrondie, grosse comme une châtaigne, et laisse de chaque côté une petite rigole dans laquelle une sonde de trousse pouvait s'engager facilement. Elle proémine comme un monticule à l'entrée du col de la vessie. Les parties latérales de la prostate, quoique ne proéminant pas du côté du canal de l'urèthre, sont aussi le siège d'une hypertrophie très considérable.

Les deux cavités pleurales renferment chacune un litre environ de liquide citrin, parfaitement fluide, non mélangé à des flocons albumineux ; les deux feuillets de la plèvre sont lisses dans toute leur étendue.

Les deux poumons sont congestionnés sur leur bord postérieur, dans toute la hauteur de la gouttière costo-vertébrale.

Un long caillot fibrineux, grisâtre et élastique, est trouvé dans le ventricule gauche du cœur et à l'origine de la crosse de l'aorte.

Rien de particulier à noter sur l'état de la rate, du foie ou du cerveau.

M. Verneuil, à l'occasion de ce fait, s'élève contre la routine, qui fait faire le plus souvent fausse route dans les accidents de cette nature ; dès le premier frisson, on se hâte de donner le sulfate de quinine, lequel est le plus souvent inutile, et l'on ne songe pas à la néphrite, qui est la véritable cause de ce frisson initial, et que l'examen de la région lombaire permettrait de reconnaître et de combattre efficacement par un traitement antiphlogistique énergique. Cette phlegmasie se révèle, en effet, par une douleur vive à la pression, qui offre ceci de particulier, que les premiers jours elle peut être intermittente, et cesse pour reparaitre en même temps que les accès fébriles eux-mêmes. Si l'on n'a pas soin de rechercher soigneusement cette douleur pendant les accès,

la néphrite, abandonnée à elle-même tandis qu'on perd un temps précieux à donner le sulfate de quinine, continue sa marche insidieuse, et devient bien vite mortelle.

M. Blot. Je considère comme trop absolue l'opinion que vient d'émettre M. Verneuil. Le frisson n'indique pas toujours le début d'une néphrite ; il peut être le phénomène initial d'une infection purulente, ou marquer simplement une exacerbation d'une phlegmasie qui pouvait exister avant l'opération, et que celle-ci a réveillée et activée. Dans ces deux hypothèses, le traitement antiphlogistique énergique que conseille M. Verneuil pourrait être plutôt nuisible qu'avantageux. D'un autre côté, en admettant l'existence de la néphrite, l'administration du sulfate de quinine ne serait ni aussi irrationnelle, ni aussi inutile qu'on vient de le dire. Ce médicament a une action non-seulement antipériodique, mais antiphlogistique lente ; il abaisse le pouls d'une manière incontestable ; administré dans les inflammations aiguës, il les fait passer progressivement à l'état subaigu ou rémittent, et plus tard même à l'état tout à fait chronique. J'ai pu me convaincre de cette action en suivant et en répétant les expériences de M. Beau dans la fièvre puerpérale. Le sulfate de quinine ne serait donc pas complètement sans action sur les accidents inflammatoires développés à la suite d'opérations sur les voies urinaires.

M. Verneuil. Il y a deux questions à distinguer : celle du diagnostic et celle du traitement. Or, c'est principalement contre l'insuffisance ou plutôt contre l'absence de diagnostic, dans ces cas-là, que j'ai voulu protester. Je demande que, lorsque apparaît le frisson, au lieu de donner aveuglément le sulfate de quinine, le chirurgien cherche d'abord la cause de cet accident, et explore la région lombaire en vue de la néphrite ; s'il en constate les signes, c'est alors qu'il devra recourir au traitement actif dont j'ai parlé. La fréquence de l'inflammation du rein dans ces conditions est un fait reconnu par tous les médecins qui s'occupent des maladies des voies urinaires.

M. Caudmont. Dans ma pensée, en effet, tous les accès fébriles intermittents qui succèdent aux opérations pratiquées sur la vessie ou sur l'urèthre sont sous la dépendance d'une inflammation ou

tout au moins d'une irritation du rein : si l'irritation est légère, l'accès est léger et cède facilement; s'il y a, au contraire, une inflammation grave, les accidents peuvent être très violents et prendre la forme pernicieuse; la mort peut arriver dès le premier ou le second accès. La fièvre dite *uréthrale* serait donc mieux nommée *fièvre néphrétique* ou *rénale*, car elle indiquerait à la fois le siège et la gravité de la phlegmasie, dont elle est l'expression. Quant au sulfate de quinine, il n'est efficace que dans les néphrites légères, et son action est alors double : il est d'abord antipériodique, et s'oppose au retour des accès; d'un autre côté, il agit comme antispasmodique en combattant les phénomènes d'intoxication dus à l'urémie qu'amène toujours l'inflammation du rein. Dans les néphrites graves, au contraire, le sulfate de quinine est tout à fait impuissant. Mais M. Verneuil est trop absolu en soutenant que, dès le premier frisson, l'exploration de la région lombaire peut mettre sur la voie de la néphrite. Très souvent, au contraire, la douleur à la palpation fait défaut, comme dans le cas actuel, et c'est ce qui explique la fréquence des erreurs de diagnostic. Un signe qui a beaucoup plus de valeur que la douleur rénale résulte des troubles gastriques que ne manque jamais de provoquer la néphrite; ils consistent dans une soif vive, un enduit jaunâtre et un état très particulier de la langue, dont la pointe est très rouge et comme vernissée, une anorexie complète, et surtout un dégoût presque invincible pour la viande et tout aliment azoté. Ces symptômes du côté des fonctions digestives sont souvent les seuls qu'on constate, bien longtemps avant l'apparition des phénomènes locaux de la néphrite; on peut même dire que c'est cette marche lente et insidieuse qui a sauvé la lithotritie : car bien des malades chez qui cette opération a été la cause de néphrites mortelles ne succombent qu'au bout de deux à trois mois, c'est-à-dire trop tard pour qu'on songe à accuser le manuel opératoire.

M. Verneuil répond qu'il ne conteste en aucune façon la valeur des signes donnés par M. Caudmont; il a voulu seulement protester contre cette fâcheuse habitude de donner le sulfate de quinine à l'apparition du frisson, sans y regarder, sans avoir cherché à établir de diagnostic.

15. M. Millard montre le larynx d'un jeune homme de dix-huit ans, mort d'œdème de la glotte au quarantième jour d'une fièvre typhoïde grave, à forme adynamique; il a succombé à une syncope pendant l'opération de la trachéotomie. Outre l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques, on a trouvé au niveau de la corde vocale inférieure une large ulcération conduisant dans un foyer purulent, au fond duquel on trouve la moitié postérieure gauche du cartilage cricoïde à nu et ramollie, l'articulation crico-aryténoïdienne correspondante détruite, et le cartilage aryténoïde du même côté presque entièrement nécrosé.

ŒDÈME DE LA GLOTTE; NÉCROSE DU CARTILAGE CRICOÏDE; TRACHÉOTOMIE; MORT. — Observation par M. L. GENOUVILLE.

Marais (Ernest), âgé de vingt ans, imprimeur, entra le 28 janvier 1858 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 37 (service de M. Grisolle). Cet homme, d'une forte et robuste constitution, n'a jamais eu d'accidents syphilitiques; il a toujours joui d'une excellente santé, et dit n'être malade que depuis trois jours; il a souffert de la gorge au début, et a éprouvé de la difficulté à avaler; plusieurs fois même les boissons revinrent par le nez; il a eu de la fièvre, et depuis le commencement l'appétit est perdu. Lorsqu'il entre à l'hôpital, la peau est chaude, le pouls est fort et fréquent, et ce qui me frappe tout d'abord c'est la gêne de l'inspiration qui s'accompagne d'un léger sifflement. La pression sur les côtés du larynx est douloureuse, surtout à droite. Pas d'engorgements sous-maxillaires. Raucité de la voix et de la toux. Rougeur de tout le voile du palais, avec œdème de la luette; rougeur sans tuméfaction des amygdales; rougeur de la partie postérieure du pharynx. Le malade n'a pas eu d'accès de suffocation. Bien que je n'eusse pas introduit mon doigt dans la gorge, afin de constater s'il y avait du gonflement des replis aryténo-épiglottiques, je n'en fus pas moins convaincu que j'avais affaire à un œdème de la glotte; je prescrivis un vomitif (ipéca, 2 grammes; tartre stibié, 0,40), et je recommandai pour la nuit la plus grande surveillance, afin qu'aux premiers symptômes alarmants on allât chercher l'interne de garde.

29 janvier. — Le malade s'est senti soulagé par le vomitif ; il a un peu dormi la nuit, mais la fièvre persiste toujours ; il y a de la gêne dans la respiration ; même rougeur du voile du palais, des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx ; même œdème de la glotte. Toujours de la difficulté à avaler. Douze sangsues sont appliquées aux angles des mâchoires, et à la suite 40 centigrammes de tartre stibié et 30 grammes de sulfate de soude sont administrés. Les sangsues ont beaucoup coulé, le malade a vomi plusieurs fois et a eu de nombreuses selles. A la visite du soir, je le trouve dans le même état à peu près que le matin, et je ne vois nullement l'indication d'intervenir par une opération chirurgicale. Mais vers six heures du soir la respiration s'accélère, l'inspiration devient plus difficile, et M. Panas, interne de garde, appelé près du malade, après avoir porté profondément son doigt dans la gorge, constate, à droite principalement, une tuméfaction considérable des replis aryéno-épiglottiques ; l'asphyxie faisant de rapides progrès, M. Panas pratique la trachéotomie à neuf heures du soir. Le malade perd une quantité assez grande de sang, provenant de la division du corps thyroïde, qui est assez volumineux ; le poulx faiblit, devient même insensible à la radiale ; pâleur extrême de la face ; suspension de la respiration ; des frictions sont faites sur le corps ; on fait respirer de l'ammoniaque, et le malade revient à lui non sans quelques difficultés. Une canule est placée dans l'ouverture de la trachée, et la respiration se rétablit après l'expulsion d'une quantité considérable d'écume bronchique. Dans la nuit, le malade prend un peu de vin et de bouillon.

30 janvier. — A la suite de l'opération, le malade a reposé un peu. Le matin, 120 pulsations, 24 respirations ; on change la canule. Le soir, même fréquence du poulx. Une selle. Encore de la difficulté à avaler, même en bouchant l'orifice de la canule.

31 janvier. — 106 pulsations. La nuit n'a pas été mauvaise. L'œdème de la luette a diminué, mais la rougeur de la partie postérieure du pharynx persiste.

1^{er} février. — 108 pulsations ; peau chaude. Pas de sommeil la nuit dernière.

2 février. — 80 pulsations. Peau médiocrement chaude. On retire un instant la canule, et le malade se trouve assez bien ; il a même pris, sans trop de difficulté, un potage au lait. Je vois le

malade le soir ; il ne se plaint de rien et semble assez calme. Vers huit heures, il est pris d'oppression extrême ; sa poitrine est pleine de râles ; expulsion par la canule de quelques crachats sanguinolents. Mort à neuf heures du soir.

Autopsie. — L'incision de la trachéotomie porte sur cinq anneaux de la trachée à partir du deuxième, le premier n'ayant pas été intéressé. Cette incision siège bien sur la ligne médiane. Une partie du corps thyroïde, qui, du reste, est très développé chez ce sujet, a été divisée. En cherchant à enlever le larynx, j'aperçois dans l'interstice du muscle sterno-thyroïdien une gouttelette de pus. Ayant la pièce entière sous les yeux, c'est-à-dire après avoir enlevé toutes les parties molles prévertébrales, depuis la mâchoire jusqu'à la partie supérieure du thorax, je pus disséquer la pièce, et je trouvai en arrière de la face postérieure du cartilage cricoïde, qui est lui-même altéré, un foyer purulent, lequel offre quatre prolongements, l'un supérieur, qui va dans le repli aryéno-épiglottique droit, et deux latéraux, qui semblent contourner les faces du cartilage. Le prolongement droit, plus considérable, se porte en dehors, passe en dedans et en arrière de la carotide primitive, de la veine jugulaire interne et du pneumogastrique, sur la face externe du constricteur inférieur du pharynx, et arrive jusqu'au muscle crico-thyroïdien, dont le tissu est rouge, épaissi et ramolli ; sa limite en avant est formée par le corps thyroïde qui est sain, et par l'insertion du muscle sterno-thyroïdien. En outre, la partie inférieure du muscle constricteur inférieur du pharynx est infiltrée de pus, ainsi que le tissu cellulaire qui l'entoure. Au niveau de l'insertion du muscle, on voit un point noirâtre, et dans cet endroit les fibres sont ramollies. **Du reste, le tissu cellulaire** qui environne ces parties est induré, surtout au niveau du paquet vasculaire et nerveux. Plusieurs ganglions tuméfiés et durs. Le prolongement gauche est moins considérable. Le pus a fusé par une ouverture assez étroite située en arrière des vaisseaux carotidiens et jugulaires jusqu'au bord inférieur du muscle crico-thyroïdien gauche. Le prolongement supérieur se dirige surtout à droite. Du pus est infiltré dans l'épaisseur du ligament aryéno-épiglottique, et forme sous la muqueuse du ventricule et des cordes vocales un foyer traversé par des brides et des cloisons. Le prolongement inférieur se dirige aussi à droite ; il a environ 2 centimètres. Le pus s'est

infiltré entre la trachée et la fin du pharynx et le commencement de l'œsophage.

A l'intérieur du larynx, la cavité ventriculaire droite n'existe plus, la muqueuse est rouge, sensiblement ramollie, surtout de ce côté, et dans certains points elle est tellement amincie qu'il semble y avoir de petits pertuis qui permettent au pus de sourdre dans l'intérieur de la cavité.

Le cartilage thyroïde et le cartilage aryténoïde gauche sont sains. On ne peut trouver, malgré une recherche minutieuse, de traces du cartilage aryténoïde droit. La face postérieure du cartilage cricoïde est profondément altérée. Elle est très dure, donne un son clair lorsqu'on la frappe avec un stylet, et semble s'être transformée en une large plaque osseuse offrant quelques rugosités. Sa coupe fait voir à ses limites de petits vaisseaux qui donnent au tissu un aspect rosé.

M. Luton, qui a bien voulu examiner la pièce au microscope, a trouvé quelques rares corpuscules osseux, mais surtout beaucoup de sels calcaires infiltrés dans le tissu cartilagineux. Les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs avaient complètement disparu. La muqueuse de la trachée est très injectée; elle est même violacée en certains endroits. Les poumons sont crépitants, et sont le siège d'une très forte congestion. Grande quantité d'écume bronchique dans les bronches, dont la muqueuse est le siège d'une injection considérable.

Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter.

Extrait du rapport de M. VIDAL.

Ces lésions sont de tous points identiques avec celles qui caractérisent l'affection dont la première mention appartient à Sandifort, qui a été désignée par Albers sous le nom de *périchondrite laryngée*, par Pitha sous celui de *périlaryngite*, dont cinq exemples ont été étudiés par M. Cruveilhier sous le titre de *laryngite sous-muqueuse sous-glottique* (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XI, p. 44 et suiv.). Les résultats de l'autopsie, ainsi que les symptômes observés pendant la vie et la marche de la maladie, rangent le fait observé par M. Genouville dans la même

classe que ceux qui ont été groupés au chapitre de la *laryngite nécrosique aiguë* par notre regretté collègue Sestier (*Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, p. 86). Nos *Bulletins* renferment plusieurs faits du même genre. Dans l'un, qui appartient à M. Rigault (*Bulletins*, 1833, p. 61), l'abcès s'était ouvert dans l'œsophage, le cartilage cricoïde était nécrosé, et le malade succomba huit jours après avoir subi l'opération de la laryngotomie, rendue urgente par les accidents de suffocation. Dans un autre, recueilli par M. Monestier, et qui est relaté à la page 246 des *Bulletins* de la même année, le malade était tuberculeux, et les cartilages étaient ossifiés. Chez le sujet de l'observation de M. Lacaze-Duthiers (*Bulletins*, 1848, p. 449), la laryngite nécrosique aiguë était survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, et la mort suivait de près l'apparition des premiers accidents d'aphonie et de gêne de la respiration. En 1857, M. Gannal (*Bulletins*, p. 440) vous montrait encore un abcès du larynx développé pendant le cours d'une rougeole, et dénudant les cartilages cricoïde et thyroïde.

Tout récemment, deux faits intéressants de la même affection nous ont été soumis par M. Luton (*Bulletins*, 1858, p. 440). Dans le premier, de petites ulcérations et des abcès sous-muqueux existant, les uns au-dessous de l'épiglotte, d'autres dans la cavité même du larynx, indiquaient très vraisemblablement un degré moins avancé d'altération pathologique. Dans le second, malgré la marche rapide de la maladie, de nature franchement inflammatoire, comme dans l'observation de M. Genouville, le cartilage cricoïde et les cartilages aryténoïdes, décollés des parties molles environnantes par un foyer purulent, étaient nécrosés et ossifiés. On observait des lésions analogues dans les deux larynx recueillis par M. Second-Féréol sur deux malades qui avaient succombé à une angine laryngée œdémateuse consécutive à la fièvre typhoïde. Les cartilages n'étaient pas ossifiés, et cependant, dans le premier cas, une partie du cricoïde avait été détruite, et dans l'autre le cartilage aryténoïde gauche était complètement dénudé.

En comparant ces exemples de *laryngite nécrosique aiguë* aux 44 observations colligées par M. Sestier dans sa consciencieuse monographie, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Cette affection est le plus souvent consécutive, soit à une fièvre

typhoïde (42 fois sur 44 cas, Sestier), soit à une fièvre éruptive, soit à la morve aiguë (Sestier), soit encore à la diathèse tuberculeuse au premier degré, comme dans le fait publié tout dernièrement par le docteur Cornaz (*Écho médical suisse*, octobre et novembre 1858; analyse dans la *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 830).

Dans d'autres cas (1^{re} et 5^e observation de M. Cruveilhier, 2^e observation de M. Luton et observation de M. Genouville), les profondes altérations du larynx semblent développées sous l'influence d'une phlegmasie franche. Ainsi donc, et ici je me range à l'opinion de notre honorable président, la laryngite sous-muqueuse sous-glottique peut se terminer par suppuration, avec formation d'abcès, dénudation et nécrose des cartilages qui forment la charpente du larynx, et tout particulièrement du cartilage cricoïde. Mais ce qui me frappe le plus, c'est la comparaison de la marche si rapide de la maladie avec les lésions profondes du tissu cartilagineux, et j'ai peine à comprendre comment huit jours après le début des premiers phénomènes de laryngite on trouve déjà des points d'ossification dans les cartilages nécrosés. Le malade de M. Genouville n'avait que vingt ans; ces quelques points d'ossification seraient-ils physiologiques, ce qui serait exceptionnel, ou bien se sont-ils formés pendant ce travail si rapide de nécrose? C'est là une question qui me semble difficile à décider, et que des notions physiologiques plus précises sur la limite extrême du début de l'ossification normale des cartilages laryngés pourraient seules éclairer.

Tous les malades atteints de cette affection chez lesquels les accidents de suffocation ont nécessité la trachéotomie, ont fini par succomber. Mais ici ne faut-il pas se défier d'une conclusion trop précipitée? Jusqu'ici la laryngite nécrosique aiguë n'a été diagnostiquée qu'après la mort, et dans un certain nombre de cas où elle était probable, comme, par exemple, dans des faits d'œdème de la glotte consécutifs à la fièvre typhoïde, l'opération a sauvé les jours des malades. Ne rejetons donc pas systématiquement la seule ressource qui ait quelque probabilité en sa faveur, pour assister impassibles aux progrès d'une asphyxie irrévocablement mortelle.

Dans l'état actuel de la science, peut-on reconnaître pendant la vie les abcès laryngiens et la nécrose des cartilages? Non, certai-

nement. Mais l'altération du timbre de la voix et de la toux, sa raucité ou son extinction, la douleur du larynx augmentant par la pression, la difficulté de la déglutition, une inspiration laborieuse, sifflante, des accès de suffocation revenant vers le soir, et, dans un si grand nombre de cas, la complication d'œdème de la glotte, aideront à faire soupçonner ces graves lésions.

TORSION CONGÉNITALE DE LA VERGE. — HYPOSPADIAS SUPÉRIEUR,
par M. GUERLAIN, interne à l'hôpital du Midi.

Sobrio Marino, âgé de trente-cinq ans, vitrier, Suisse, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, n'a jamais eu ni chancres, ni d'autre blennorrhagie que celle qu'il présente depuis un mois. Pas d'épididymite. Les organes génitaux de ce malade sont petits et offrent une disposition fort remarquable. La verge, peu développée, semble avoir éprouvé un mouvement de rotation presque complet, de telle sorte que sa face dorsale, devenue inférieure, repose sur les bourses, tandis que la face urétrale regarde en haut et un peu à gauche. Sa longueur est de 7 centimètres, du pubis à l'extrémité du gland, pour la face supérieure; de 5 centimètres de l'origine des bourses à l'extrémité du gland.

Le prépuce a 4 centimètre 5 millimètres de longueur et peut arriver, par une forte traction, jusqu'à 2 centimètres; il ne recouvre pas le gland; il n'est pas soudé sur la ligne médiane, mais bifide, et représente deux oreilles semblables à celles qu'on rencontre après certaines opérations de phimosis. Ces deux oreilles, situées sur la face supérieure, représentent deux cônes à sommet dirigé en haut, et dont un des côtés de la base vient finir en mourant à l'extrémité postérieure du méat. L'oreille droite, plus volumineuse que la gauche et plus longue, présente un raphé qui, du sommet du cône, se continue sur le milieu de la base et va de là, en suivant le bord droit du fourreau de la verge, gagner, en contournant la racine de la verge, le raphé médian des bourses. A gauche, au contraire, le raphé oblique de droite à gauche, contourne à gauche la racine de la verge et gagne aussi le raphé des

bourses. Celui-ci est bien moins net que celui de droite, surtout au milieu des poils de la racine de la verge.

Ces deux raphés limitent un angle ouvert en arrière. Celui de droite est parallèle à une veine assez bien accusée ; celui de gauche indique assez bien le trajet de l'urèthre, qui lui est parallèle, mais situé en dehors.

Le gland a 2 centimètres 5 millimètres de diamètre transversal, et 2 centimètres 4 millimètre de sa couronne à son extrémité.

La couronne est bien accusée à la face inférieure, c'est-à-dire sur le dos de la verge ; mais la face supérieure, où se voit le méat, est parfaitement plate ; la couronne n'est pas marquée.

Le méat, situé à 2 millimètres de l'extrémité du gland, représente une fente ovalaire, dont l'angle postérieur se continue avec l'oreille droite du prépuce. C'est un cul-de-sac si peu profond qu'une sonde s'y arrête à peine.

Le frein n'existe pas, mais on voit une sorte de suture partant de l'extrémité postérieure du méat pour aller joindre un orifice situé à 4 centimètre $\frac{1}{2}$ en arrière. Cet orifice, arrondi, pouvant admettre une sonde n° 40, mais se laissant dilater jusqu'à permettre à une sonde de trousse de passer facilement, est lisse, humide et un peu rosé. C'est le méat véritable.

La sonde, engagée par là, fait voir le trajet du canal de l'urèthre, lequel est un peu oblique d'avant en arrière, de haut en bas et de droite à gauche. Si, tandis que la sonde droite est dans le canal, on cherche à apprécier sa position, on voit que dessous on ne la sent qu'à la racine des bourses, tandis qu'en dessus on la sent dans toute l'étendue de la verge, depuis l'orifice uréthral jusqu'au pubis. Les doigts, proménés sur le côté droit de la verge, ne sentent pas la sonde ; à gauche, ils la sentent parfaitement. Si l'on presse la verge d'avant en arrière, on peut faire sortir par l'orifice un peu de pus blennorrhagique.

Cet orifice n'est pas tout à fait en dessus, sur la face supérieure de la verge, mais un peu à gauche, et il répond à l'origine du raphé gauche, dont nous avons parlé tout à l'heure. Durant la période aiguë de sa blennorrhagie, comme la verge est retournée, l'arc de cercle décrit par cet organe était inverse de celui qu'on observe d'ordinaire pendant les érections ; la corde étant en dessus, la courbure regardait le ventre. Les testicules, assez petits, sont

tous deux dans les bourses ; celles-ci sont peu développées.

Le malade, pour uriner, renverse un peu sa verge en arrière. Il a ordinairement des désirs vénériens fréquents, des érections faciles, et n'a jamais été gêné dans l'acte du coït ; il n'est pas marié, de sorte qu'on ne sait pas s'il serait capable d'avoir des enfants.

Extrait du rapport de M. DOLBEAU.

Il s'agit d'une torsion congénitale de la verge, torsion en vertu de laquelle la face dorsale de la verge regarde en bas et à droite, tandis que l'urèthre, dans sa portion correspondante, est dirigé en haut et à gauche. Par suite de la torsion de la verge, torsion qui s'est exécutée suivant l'axe de l'organe et de gauche à droite, le canal de l'urèthre décrit une sorte de spire qui, partant en bas, au-devant des bourses, se porte en haut et à gauche, puis de gauche à droite, et enfin directement en avant. L'orifice antérieur de l'urèthre s'ouvre à près de 2 centimètres en arrière de l'extrémité du gland : il y a, en un mot, un véritable hypospadias qui occupe la partie de l'organe qui regarde directement en haut. C'est ce que le présentateur a voulu désigner en donnant à son observation le titre d'hypospadias supérieur. Le vice de conformation est évidemment de nature congénitale ; l'examen du malade et les détails de l'observation ne nous ont laissé aucun doute à cet égard. J'ajoute que cette disposition singulière n'entraîne aucun trouble dans la miction, l'érection et l'éjaculation.

Ceux qui ont eu l'occasion d'examiner beaucoup de malades ont pu constater souvent une légère déviation dans l'axe de la verge ; mais une torsion aussi complète de l'organe doit constituer un cas plus rare. J'ai fait quelques recherches, et je n'ai trouvé aucune mention faite par les auteurs. M. Verneuil, en 1857, a publié l'observation d'un malade atteint d'un vice de conformation tout à fait semblable à celui du malade de M. Guerlain ; votre rapporteur a pu examiner les deux individus, et il a été frappé de la parfaite similitude. Dans les deux cas, la déviation s'était opérée de gauche à droite ; l'urèthre regardait en haut et à gauche. Les deux malades présentaient un

hypospadias : l'un glandaire, celui de M. Guerlain ; l'autre rétro-glandaire, c'était celui de M. Verneuil. Dans les deux faits nous avons pu noter une notable diminution dans le volume de la verge, l'organe était petit, peu développé. Le malade de M. Guerlain portait deux testicules, mais peu volumineux. Si ma mémoire ne me trompe pas, le malade de l'Hôtel-Dieu n'avait qu'un testicule descendu dans le scrotum.

Vous le voyez, messieurs, cette torsion du pénis a coïncidé avec l'hypospadias, le peu de développement des organes, l'arrêt d'un des testicules lors de sa migration physiologique, toutes ces circonstances se rattachent évidemment à un trouble organique survenu à l'époque de la constitution des organes génitaux externes. Enfin, messieurs, j'ai observé en 1837, avec M. Trélat, un malade qui a été également vu et dessiné par M. Godard. Ce malade était monorchide, le testicule gauche manquait, le scrotum gauche également ; le testicule droit était le siège d'un hydro-sarcocèle, et, messieurs, chose singulière, la verge présentait une torsion de gauche à droite analogue à celle qui a été observée chez les deux précédents malades.

Ces trois faits sont les seuls que j'ai pu réunir ; leur grande analogie est vraiment digne d'attirer l'attention. Malheureusement rien dans la disposition des organes n'a pu nous rendre compte de la cause de cette torsion du pénis ; les corps caverneux en particulier nous ont présenté un développement symétrique ; il faut faire rentrer ces cas dans les vices de conformation, c'est-à-dire dans des troubles de la force formatrice dont la nature nous est inconnue.

ANÉVRYSME DE LA PORTION ASCENDANTE DE LA CROSSE DE L'AORTE ;
SYMPTÔMES D'ANGINE DE POITRINE. MORT. — par M. BONFILS.

La nommée X..., âgée de cinquante-deux ans, est entrée le 29 avril 1858 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 28, service de M. le professeur Trousseau.

Cette femme, d'une constitution robuste, s'est toujours bien portée jusqu'au mois d'octobre dernier. C'est vers cette époque qu'elle s'est aperçue d'un dérangement dans sa santé. Elle fut

d'abord atteinte d'un rhume assez intense, puis elle a craché un peu de sang. Peu de temps après, à la suite d'un effort (elle portait une hotte remplie de linge), elle fut prise d'oppression, d'étouffements d'une intensité telle qu'elle dut renoncer à toute espèce de travail ; à partir de cette époque, elle fut fréquemment éveillée en sursaut la nuit par une douleur vive siégeant au côté gauche et inférieur du thorax et à la région lombaire. Elle entra alors chez M. Piedagnel ; après un séjour de trois semaines, elle sortit tellement améliorée qu'elle put reprendre ses occupations ; mais bientôt de nouveaux accidents d'oppression, en tout semblables aux premiers, reparurent ; elle revint de nouveau à l'Hôtel-Dieu et fut placée cette fois chez M. Trousseau.

La percussion et l'auscultation révélèrent ce qui suit :

Matité considérable de la région cardiaque mesurant 41 centimètres $4\frac{1}{2}$ dans le sens horizontal et 40 centimètres verticalement, s'étendant jusqu'à 3 centimètres de l'épaule droite, et à 2 centimètres du mamelon droit. Frémissement cataire très nettement caractérisé, battements très facilement perceptibles dans les espaces intercostaux correspondant à la partie supérieure de la région mate. A ce niveau, à l'auscultation, bruit de souffle double et rude ; battements du cœur énergiques, un peu sourds, bruit de souffle au deuxième temps, ayant son maximum à la base. Le pouls était large, vibrant, développé ; de plus, il y avait de l'oppression, de la dyspnée, congestion de la face, œdème des membres plus accusé aux membres inférieurs qu'aux extrémités supérieures, et ascite légère. Tels étaient les symptômes présentés par la malade le jour de l'admission, et qui ont persisté jusqu'à la mort.

Le diagnostic fut : anévrysmes de la crosse de l'aorte (portion ascendante), insuffisance aortique probable, hypertrophie du cœur gauche. Ce qu'il y avait surtout de remarquable chez cette femme, c'était l'*intermittence* des accidents au début de son entrée dans le service de M. Trousseau.

En effet, les phénomènes d'oppression, de dyspnée, revenaient sous forme d'accès, d'abord assez éloignés, puis bientôt plus fréquents et plus rapprochés, et qui enfin, vers la période terminale, devinrent continus avec des exacerbations violentes, nombreuses, et même quelquefois subintrantes.

Dans l'intervalle des accès, la malade, chose digne de remarque,

était très calme, très tranquille, n'éprouvait aucune gêne, aucune difficulté à respirer ; elle n'avait pas de palpitations, elle pouvait marcher, descendre, monter, se promener sans le moindre inconvénient, puis brusquement elle était prise tout à coup d'un accès d'oppression qui l'obligeait à garder pendant quelques temps un repos absolu. Cette dyspnée, sous forme d'accès, n'a d'abord rien présenté d'extraordinaire, c'était la dyspnée habituelle des personnes atteintes d'affection organique du cœur et des gros vaisseaux ; mais plus tard, à mesure que la maladie marchait vers l'issue fatale inhérente à ces graves lésions, cette dyspnée s'est modifiée graduellement dans son expression symptomatique et a fini par s'accompagner de phénomènes morbides très curieux, très intermittents, que je vais décrire maintenant et que je crois dignes de fixer l'attention des observateurs. C'était une oppression, une dyspnée, une orthopnée effroyable, s'accompagnant pendant les exacerbations d'une douleur très violente, en ceinture, cerclant la base de la poitrine et l'abdomen au niveau de l'épigastre, forçant la malade de se courber fortement en avant. Cette douleur thoracique s'irradiait dans les deux bras, principalement dans le gauche ; plus tard, tout à fait à l'approche de la mort, elle s'irradiait également dans les deux membres pelviens, mais avec une intensité bien moindre. Au début de la douleur, les mains et les avant-bras devenaient *blancs, pâles*, puis étaient le siège d'*engourdissements*, de *fourmillements*, puis la peau se congestionnait, devenait violette, puis rouge avec abaissement léger de température. Alors la douleur cessait ou était très atténuée, l'anxiété disparaissait, tout rentrait dans l'ordre, l'exacerbation était terminée et la peau des extrémités supérieures reprenait très rapidement la coloration qu'elle présentait avant le paroxysme.

Pendant ces exacerbations, la malade, en proie à l'anxiété la plus terrible, se cramponnait à tout ce qui l'entourait, poussait des cris, gémissait, se lamentait. La durée de ces exacerbations était de cinq à dix minutes. Tous ces accidents devinrent de plus en plus intenses, violents et répétés. Bientôt survint une orthopnée excessive et permanente avec subdélirium, et la malheureuse malade succomba rapidement (30 juillet).

Le traitement a consisté dans l'emploi de la digitale, de la belladone et du sirop d'éther. Ce sirop, pris à très haute dose (de

300 à 500 grammes dans les vingt-quatre heures), calmait parfaitement, au début, les violentes et terribles exacerbations sur lesquelles nous avons insisté plus haut; plus tard, il fut moins efficace, mais il a toujours atténué les phénomènes morbides et a constamment soulagé la malade.

Autopsie. Cœur. — Le ventricule gauche offre un développement excessif; il est triplé de volume. Sa cavité est très manifestement dilatée; les parois, les colonnes charnues, la cloison inter-ventriculaire, présentent une hypertrophie considérable. La cloison fait une saillie considérable dans le ventricule droit.

Voici les mesures en centimètres :

Face antérieure ventriculaire. — Base mesurée transversalement au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, 45 centimètres; du sillon auriculo-ventriculaire à la pointe, 15 centimètres; bord droit, 16 centimètres; bord gauche, 21 centimètres; épaisseur des parois du ventricule gauche, 1 1/2 à 2 centimètres.

Face postérieure ventriculaire. — Base mesurée transversalement au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, 43 centimètres; du sillon auriculo-ventriculaire à la pointe, 13 centimètres.

Rien de remarquable à noter du côté de l'oreillette gauche qui présente une légère hypertrophie. Pas de surcharge graisseuse; les fibres musculaires sont très belles et très résistantes. Les valvules mitrales sont normales, sans la plus légère altération; l'orifice auriculo-ventriculaire est net et admet très facilement deux doigts. L'orifice aortique admet plus que le pouce; les valvules sigmoïdes sont saines également, elles ne présentent aucun épaississement, aucune concrétion, mais elles ne me paraissent pas complètement *suffisantes*, malgré l'opinion contraire de quelques-uns de mes collègues. Le cœur droit est parfaitement sain.

L'aorte est affectée d'anévrysme vrai dans toute la portion de la crosse qui s'étend depuis les valvules sigmoïdes jusqu'à la naissance des gros vaisseaux artériels. A ce niveau l'anévrysme est parfaitement délimité par un relief circulaire; il se présente sous forme d'une dilatation ampullaire pouvant contenir une grosse pomme. Il n'y a pas de caillots, pas d'anévrysme faux; aucune adhérence avec les organes voisins. La courbure *convexe* de l'anévrysme mesure 14 centimètres; la courbure *concave*, 10 centimètres; la circonférence, 15 centimètres. Le relief, qui délimite

l'anévrysme à sa partie supérieure, présente 5 centimètres circulairement. La tunique externe de l'aorte est saine; mais entre les tuniques interne et moyenne existent des plaques cartilagineuses, calcaires, osseuses; leur siège, dans ce cas, est très net et non douteux. Au niveau de ces plaques, la tunique moyenne, qui s'en détache facilement, ne présente aucune altération, à moins que les plaques ne pressent fortement sur elle; alors il existe en ce point un peu de rougeur et quelquefois des adhérences qui cèdent et se déchirent sans effort.

Les concrétions dépendent bien évidemment de la tunique interne; elles font corps et s'enlèvent avec elle, sont incrustées en quelque sorte dans les lames les plus externes. Elles l'épaississent, la soulèvent, la pressurent, l'enlèvent et la rendent raboteuse, chagrinée, inégale au toucher. Aucune de ces plaques n'est en voie de ramollissement; elles sont toutes dures, elles existent en grand nombre, elles se prolongent jusque dans l'aorte abdominale, mais elles sont de moins en moins volumineuses et nombreuses à mesure que l'on s'éloigne de la poche anévrysmale.

Rien dans les poumons, rien dans le cerveau; épanchement séreux léger dans les plèvres et le péricarde, ascite, sérosité infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire des parois abdominales et des membres inférieurs.

Les nerfs phréniques et pneumo-gastriques n'ont malheureusement pas été examinés.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Qu'il me suffise d'appeler l'attention sur les points principaux :

1° Sur cette *intermittence singulière* qu'ont présentée les phénomènes morbides tout à fait au début. En effet, de temps en temps la malade était prise subitement d'accidents dyspnéiques qui l'obligeaient à garder le repos pendant quelque temps, puis, ces accidents passés, elle reprenait ses travaux et vaquait comme d'habitude à ses occupations. C'est là un fait, sinon insolite, au moins assez rare dans l'histoire des anévrysmes de l'aorte. En effet, dans l'immense majorité des cas, une fois que les manifestations morbides surgissent, elles persistent toujours et suivent constamment jusqu'à la mort leur marche progressive et ascendante, parallèle à

la marche fatale des lésions organiques dont elles sont l'expression symptomatique.

2° Les symptômes d'angine de poitrine qui ont surgi plus tard constituent un second fait moins insolite que le premier, mais non moins intéressant. Les symptômes d'angine de poitrine dans les anévrysmes de l'aorte ne sont pas ordinaires; cependant ils ont été observés quelquefois, à tel point que quelques médecins ont prétendu, se basant sur ces faits exceptionnels, que l'angine de poitrine n'existait pas comme entité morbide, mais qu'elle n'était qu'un symptôme d'une lésion organique, soit du cœur, soit des gros vaisseaux. Dans le cas qui nous occupe, ces symptômes étaient très nets et très accusés; mais ce qui est surtout digne de remarque, ce sont les singuliers *troubles circulatoires* qui existaient du côté des avant-bras et des mains, quand les symptômes d'angine de poitrine survenaient. Au début de l'accès, les mains et les avant-bras devenaient blancs, pâles, puis étaient le siège d'engourdissements, de fourmillements; bientôt la peau se congestionnait, devenait violette, puis rouge; alors la douleur cessait, l'accès était terminé, et la peau reprenait rapidement sa coloration primitive.

Je ne sache pas que l'on ait jamais rien décrit de semblable. Il est évident que ces phénomènes remarquables étaient sous la dépendance immédiate des troubles profonds survenus du côté de l'innervation, puisqu'ils apparaissaient, croissaient et disparaissaient ensemble.

3° L'anatomie pathologique présente également de l'intérêt; elle vient prouver une fois de plus que Kulm, Winkler, Budée, Bichat, Bérard, et dans ces derniers temps, MM. Tassel et Robin, ont eu raison de placer le siège des concrétions artérielles dans la tunique interne, contrairement à Crell, Haller, Morgagni, Hodgson, Laennec, Andral, qui prétendent qu'elles se développent dans le tissu cellulaire intermédiaire à la tunique moyenne et interne. Dans ce cas, il était de la dernière évidence que les concrétions s'étaient développées dans l'épaisseur même de la tunique interne; plusieurs préparations faites avec le plus grand soin ne me laissent aucun doute à cet égard.

Extrait du rapport de M. VIDAL.

Non-seulement la pâleur de la face, mais encore la pâleur subite et le refroidissement des extrémités sont des phénomènes initiaux de l'accès d'angine de poitrine qui ont été signalés par la plupart des auteurs ; mais la description de M. Bonfils nous a frappé en nous montrant les phases successives subies par cette coloration, et s'il m'était permis de tenter une explication physiologique, aujourd'hui possible depuis les récents travaux sur les rapports si intimes et si étendus du système nerveux et du système circulatoire, j'expliquerais la décoloration subite et le refroidissement survenant en même temps que la douleur, par l'état de contraction en quelque sorte spasmodique du système artériel, laquelle détermine un arrêt de la circulation. Puis la coloration violette et rouge, c'est-à-dire la période congestive survenant pendant que la douleur est encore à son paroxysme, s'expliquerait suivant l'ingénieuse théorie de notre collègue M. Marey, par l'épuisement de la contractilité sous l'influence d'une excitation trop forte ou trop prolongée.

Ont été nommés :

Membre honoraire : M. Ludovic Hirschfeld.

Membre correspondant : M. Schulze.

XXXIV^e ANNÉE. — AVRIL 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Corps étrangers du péritoine. — 2. Tumeur du cerveau. — 3. Rétrécissement syphilitique du rectum. — 4. Tumeur de la base du cerveau, développée dans le corps pituitaire. — 5. Abscès urinaire, au-devant d'un rétrécissement de l'urèthre. — 6. Quatre exemples d'ulcérations de la trachée-artère, produites par le séjour de la canule. — 7. Communication relative au manuel opératoire de la trachéotomie. — 8. Dissection des oreilles de deux malades atteints de surdité. — 9. Cancer des trompes utérines et de la surface interne de l'utérus. — 10. Diathèse cancéreuse, ayant envahi le cœur droit et les plevres. — 11. Prolapsus utérin; discussion et présentation de plusieurs pièces.

OBSERVATION. — Remarques sur les fractures spiroïdes et sur les régénérations osseuses; rapport de M. BROCA sur une pièce présentée par M. DESCROIZILLES.

PRÉSIDENTE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Michel montre deux corps étrangers du péritoine, recueillis chez un individu de quarante-deux ans, mort de tubercules pulmonaires. Il n'y avait pas de sérosité dans la cavité péritonéale. Dans l'intérieur du petit bassin existait, à l'état de liberté, un petit corps rond, du volume d'une noisette, formé de deux parties : 1° une coque extérieure, blanche, formée de couches concentriques fibreuses; 2° au centre, une espèce de bouillie jaunâtre, formée de graisse et de granulations amorphes. Sur le psoas iliaque, on a rencontré un second corps de même nature, mais plus petit, du volume d'une grosse lentille seulement, et qui était supporté par un pédicule assez long.

Ces deux corps, à un degré différent de développement, semblent donc présenter un mode de formation tout à fait comparable à celui des corps étrangers intra-articulaires, qui commencent par être pédiculés avant de devenir tout à fait libres.

2. M. Baudot présente une tumeur du cerveau, sur laquelle il fournit les détails suivants :

Le nommé M..., âgé de cinquante-six ans, jardinier à Saint-Mandé, entre à l'hôpital, service de M. Moutard-Martin, le 27 janvier.

D'après les renseignements que nous pûmes recueillir, il était en proie depuis un certain nombre de mois à une céphalalgie violente, qui offrait des exacerbations, mais on ne put nous dire si elle prédominait dans l'une des deux moitiés de la tête ; d'ailleurs il avait conservé de l'appétit et se livrait encore aux travaux assez rudes de sa profession. Le 24 janvier 1857 il avait tout à coup, à la suite de douleurs de tête assez fortes, offert tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie : il était tombé subitement privé de l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité dans toute la moitié droite du corps, et n'avait recouvré sa connaissance que quelques heures après ; la face pendant tout ce temps était très injectée.

A son entrée, on constatait assez facilement l'abolition complète de la motilité et une diminution marquée de la sensibilité dans tout le côté droit ; hémiplegie faciale et déviation de la langue du côté correspondant ; gêne de la mastication et de la parole ; le malade balbutie quelques mots. Pouls plein et lent à 58 ; appétit développé. (Pédiluves sinapisés, lavements émollients, une portion.)

Du 27 janvier au 4 février, le malade n'offrit aucun phénomène digne d'attirer l'attention ; mais le 4 février il fut pris d'une attaque épileptiforme, dont la durée fut évaluée à vingt minutes, attaque caractérisée par des convulsions siégeant principalement dans les muscles du côté paralysé, avec écume à la bouche, respiration stertoreuse, abolition complète de la connaissance, accélération du pouls et injection de la face.

Une saignée fut pratiquée, des sangsues appliquées derrière les oreilles, des sinapismes promenés sur les membres inférieurs ; diète. Le lendemain, tous ces phénomènes avaient disparu, et le malade avait repris son état habituel. Six jours après, le 10 février, M. Martin ordonna chaque jour 2 pilules de strychnine de 0^{gr},005 chacune. Ces pilules furent administrées jusqu'au 17 février sans aucun effet appréciable, bien que depuis le 12 la dose eût été portée à 2 pilules de 0^{gr},04.

Le 22 février, une nouvelle attaque épileptiforme, tout à fait semblable à la première, eut lieu et dura près d'une demi-heure (15 sangsues derrière chaque oreille). Le lendemain, le malade offrait la même physionomie que les jours précédents, si ce n'est qu'il avait complètement perdu l'usage de la parole, usage qu'il ne devait plus recouvrer. Depuis ce jour jusqu'au 6 avril, le malade n'eut plus d'attaque épileptiforme franche, mais de temps à autre des convulsions partielles de la partie paralysée.

Le 6 avril au matin, le malade offrait une injection assez vive de la face, le corps était couvert de sueurs, le pouls battait 120 fois par minute, la connaissance était totalement abolie, la respiration stertoreuse, et la tête renversée en arrière. Malgré des sangsues appliquées derrière les oreilles, la mort arriva le soir même à six heures.

A l'autopsie, l'hémisphère gauche du cerveau offrait extérieurement une petite élévation au-dessus du niveau de la partie correspondante de l'hémisphère droit; injection assez considérable de l'arachnoïde et de la pie-mère. A la coupe, on trouva dans l'hémisphère gauche du cerveau, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, s'étendant jusqu'à 4 centimètre de distance de la convexité en haut, jusque dans le lobe antérieur en avant et en arrière jusqu'à une distance de 3 à 4 centimètres à l'extrémité du cerveau. Cette tumeur occupait donc spécialement le lobe moyen, en dehors et au-dessus du corps calleux, et sans communication avec le ventricule latéral gauche. Autour d'elle, la substance cérébrale est ramollie d'une manière assez notable. La coupe de la tumeur n'offre pas une coloration uniforme, mais des bandes de substance cérébrale d'une teinte jaunâtre, et à côté des parties moins foncées en couleur; en avant, on rencontre une cavité remplie d'un liquide jaunâtre et visqueux, et plus en dedans, un véritable petit kyste, que l'on peut extraire du reste de la tumeur, et qui contient un peu de sang. Il n'existe dans la tumeur qu'un petit nombre de vaisseaux. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Les autres parties de l'encéphale étaient saines; chacun des ventricules renfermait à peu près une cuillerée de sérosité. Pas de lésion des autres viscères.

3. M. Lancereaux fait voir un *rétrécissement syphilitique du rectum*, développé dans les conditions suivantes :

La nommée D... (Cécile), trente-cinq ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. Rayer, le 20 septembre 1858.

C'est une femme d'une taille ordinaire, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution ; cheveux noirs et très abondants. Bien qu'un peu amaigrie, la figure présente encore les apparences d'une bonne santé.

Interrogée avec soin sur ses antécédents, cette malade nous avait toujours nié toute espèce de manifestation syphilitique, mais nous avons obtenu plus tard de son mari les renseignements suivants :

Elle avait commencé à exercer le métier de prostituée vers l'âge de quinze à seize ans, et l'avait continué jusqu'à vingt-huit. Durant cet intervalle, elle alla une première fois à Lourcine, puis une autre fois à l'hôpital des Cliniques; elle avait alors un chancre qui lui fut inoculé avec succès sur le ventre.

En l'absence de cette notion qui ne fut donnée qu'à la mort de la malade on put néanmoins reconnaître la nature syphilitique de l'affection qui l'amenait à l'hôpital.

A son entrée, elle accusait simplement des douleurs vagues dans le ventre et la région des reins : on supposa une affection utérine, et c'est en pratiquant le toucher rectal, lorsque le toucher vaginal n'avait rien fourni, qu'on découvrit le siège de l'affection.

En effet, à 2 centimètres environ de l'orifice anal, existe un bourrelet dur et mamelonné, donnant la sensation de plusieurs petites tumeurs du volume d'un pois, implantées sur un anneau fibreux, très dur et très résistant. Ce bourrelet oblitère presque complètement le rectum ; l'indicateur sent l'orifice qu'il laisse pour le passage des matières fécales, à peu près comme il sent le museau de tanche chez une femme qui a eu un enfant. Le petit doigt ne peut le franchir ; un porte-plume le franchirait à peine. Au pourtour de l'anus se voient seulement deux petites indurations. Les douleurs accusées par la malade vont, de la région des reins, se perdre dans les régions anale et utérine ; elles sont continues, avec exacerbations la nuit et toutes les fois que la malade fait des efforts pour aller à la garde-robe. Sensation de pesanteur vers l'anus, sensation d'expulsion vers le même point ; coliques et dif-

sicilité pour rendre les garderobes depuis deux ou trois ans ; constipation. Depuis trois mois environ, la malade, avant d'aller à la selle, rend du pus mêlé de sang, et enfin des matières solides ou liquides. Depuis cette même époque, elle est prise de diarrhée et s'amaigrit. Les matières qui nous ont été présentées étaient blanches et assez semblables à du lait caillé.

L'appétit est faible ; les aliments déterminent de la pesanteur à l'estomac ; les digestions sont pénibles ; pas de rapports, pas de nausées, parfois du météorisme. Depuis huit jours seulement, la malade tousse un peu. Rien d'anormal dans les bruits du cœur. Insomnie, douleurs vives siégeant dans les muscles des gouttières vertébrales entre les deux épaules, douleurs épigastriques donnant la sensation d'une pression. Toutes ces douleurs sont beaucoup plus vives la nuit que le jour ; elles éveillent la malade vers les dix heures du soir, et l'empêchent de continuer son sommeil ; elles diminuent vers les six heures du matin ; la pression paraît les augmenter.

Au niveau de la face palmaire des articulations des doigts et des plis de la main, il existe des fissures recouvertes sur leurs bords de squames blanchâtres. On voit en outre à gauche quelques points de psoriasis. A la face plantaire des pieds, on trouve aussi des taches d'une teinte un peu cuivrée et des squames. Quelques cercles érythémateux ont en outre paru sur les cuisses, sous l'influence de quelques bains sulfureux.

La malade est mise à l'usage de la tisane de Feltz, des pilules de Sédillot et des bains sulfureux.

Ce traitement est continué jusqu'à la sortie de la malade, cinq semaines après son entrée ; toutefois on le suspendit durant huit jours pour un léger gonflement des gencives. Au moment de la sortie, les taches et les plaques du *psoriasis palmaria* avaient complètement disparu. Le bourrelet rectal paraissait être moins dur, un peu plus régulier, son orifice plus élargi.

Rentrée à la Charité dans les premiers jours de décembre, cette malade présente, à peu de chose près, les phénomènes que nous venons de décrire. Elle quitte cet hôpital dans les derniers jours du même mois, après avoir continué les pilules de Sédillot, cette fois, sans amélioration sensible.

Sur la fin de février 1859, elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans les

salles de M. le professeur Laugier. Depuis quinze jours, elle était forcée de garder le lit, et un médecin de la ville, qu'elle avait fait appeler pour ses douleurs, n'ayant pas reconnu la nature de l'affection, lui avait fait appliquer quinze sangsues sur l'abdomen. La santé de cette malade paraît profondément altérée. La maigreur est considérable, les traits du visage sont tirés, le teint est pâle, jaunâtre, les yeux ont perdu leur vivacité, l'appétit est presque nul, pas de vomissements, diarrhée habituelle. Les matières renfermaient tantôt du pus, tantôt du sang, et sont très fétides. Douleurs à l'hypogastre, dans les aines et dans le bassin. Le rétrécissement rectal ne paraît pas avoir subi de changement notable. Léger bruit de souffle anémique; foie volumineux, débordant les côtes. Même état pendant environ quinze jours, puis redoublement de la diarrhée; apparition de vomissements, principalement après le repas. Ces derniers ne cèdent que difficilement, quinze jours plus tard, à l'eau de Seltz, la glace et la potion de Rivière.

La malade prit pendant quelques jours seulement 1 gramme d'iodure de potassium. Vers le 45 mars, M. Laugier cautérisa le rétrécissement avec le porte caustique de Lallemand.

A partir du 4^{er} avril, les forces déclinerent de plus en plus, l'amaigrissement devint encore plus considérable, l'appétit entièrement nul; la diarrhée continua, parfois cependant elle cessait complètement; le pouls prit de la fréquence, il survint de la fièvre vers le soir.

L'intelligence néanmoins resta intacte jusqu'à la mort, qui eut lieu le 48 avril.

Autopsie. — Les os du crâne ne sont pas altérés, les méninges un peu injectées se détachent parfaitement, le cerveau est plutôt ferme que mou; les ventricules sont intacts.

Le pharynx présente un état de sécheresse remarquable; l'estomac est rouge, injecté dans sa portion cardiaque. L'intestin grêle et le gros intestin (le rectum excepté) ne sont pas sensiblement altérés. La muqueuse de la portion sus-ampullaire du rectum a sa coloration et sa consistance normales. Vers la partie moyenne de la portion ampullaire existe un rebord festonné, formé par la muqueuse, qui, intacte au-dessus, se trouve complètement détruite au-dessous. Cette altération se continue jusque dans les deux tiers supérieurs de la portion sphinctérienne. Elle commence en effet à

3 centimètres au plus de la circonférence anale. Outre la destruction à peu près complète de la muqueuse, dont on retrouve à peine quelques fragments noirs et comme gangrenés, la tunique musculaire est altérée ; on y trouve des faisceaux épaissis, indurés, intriqués de façon à former une espèce de feutrage assez analogue à celui des vessies à colonnes.

Il existe entre ces faisceaux deux trajets fistuleux allant gagner la partie inférieure du vagin. Des fibres de tissu cellulaire et élastique, de la matière amorphe, de la matière noire disséminée, des gouttelettes graisseuses constituent une partie de ces faisceaux. L'altération, qui se termine à la partie inférieure d'une façon assez régulière et laisse la circonférence anale intacte, s'étend de 2 à 3 centimètres de cette circonférence, pour s'arrêter à 45 centimètres. L'étendue de l'altération comprend donc environ 42 centimètres, c'est le chiffre déjà indiqué par M. Gosselin (*Archiv. génér. de médecine*, 1854).

Le vagin, d'ailleurs, ainsi que l'utérus et la vessie sont intacts. Il n'en est pas de même des trompes et des ovaires, qui sont enkystés et adhérents, soit entre eux, soit avec les parties voisines, à l'aide de fausses membranes. La trompe du côté droit a le volume d'un œuf de poule ; elle renferme un liquide transparent, et se trouve appliqué avec l'ovaire qui lui adhère et qui présente à son intérieur plusieurs petits kystes du volume d'une noisette, sur le côté droit et la face antérieure de l'utérus. La trompe gauche est aussi le siège d'un kyste un peu moins volumineux ; dans l'ovaire correspondant se rencontrent également plusieurs petits kystes. Les parois des trompes ne sont pas tellement épaisses qu'on ne puisse apercevoir la transparence du liquide qu'elles renferment. Il n'existe aucune communication de ces kystes, soit entre eux, soit avec la cavité utérine.

Deux petites cavernes au sommet du poumon gauche ; dix à vingt granulations d'aspect tuberculeux à la surface et dans l'intérieur de chaque poumon.

Le péricarde ne renferme pas de liquide, il existe une plaque laiteuse très mince sur la surface antérieure du cœur, une couche de graisse fort épaisse recouvre cet organe ; les orifices artériels sont sains, les valvules auriculo-ventriculaires sont un peu épaissies. Le foie est volumineux, il a 32 centimètres dans son plus

grand diamètre, 22 dans son plus petit, et 42 d'épaisseur. Ses cellules sont complètement détruites; il est pour ainsi dire impossible d'en trouver des traces à l'examen microscopique; elles sont remplacées par des cellules graisseuses et des gouttelettes huileuses.

Les reins, également augmentés de volume, ont leurs cellules couvertes d'abondantes gouttelettes huileuses.

Dans le cas actuel, quelle est la véritable nature du rétrécissement rectal? Est-ce, comme le pense M. Gosselin, une rectite de voisinage, développée au-dessus des chancres de l'anus, auxquels les femmes seraient plus exposées par suite de l'inoculation facile sur l'anus du pus chancreux de la vulve? N'est-ce pas plutôt un accident constitutionnel de la nature des gommès?

M. Verneuil. Il faut tenir compte, dans l'étiologie de ces rétrécissements, de l'intervention du coït contre nature, qui peut être une cause d'inoculation directe de la syphilis dans le rectum. Celle qui résulterait de l'écoulement sur la marge de l'anus du pus d'un chancre vulvaire ou vaginal est assez difficile à admettre. Quant à la nature des altérations des parois rectales au-dessus du rétrécissement, ce n'est ni une rectite particulière, ni un dépôt de tumeurs gommeuses. On observe simplement ce qui se passe au-dessus de tous les rétrécissements en général, quand la rétention et l'accumulation des matières irritent, enflamment et ulcèrent à la longue le conduit au-dessus de l'obstacle. On a voulu donner, sous ce rapport, au rétrécissement syphilitique du rectum une physiologie spéciale qu'il ne mérite pas.

Pour ce qui est du traitement, il ne faut pas s'étonner que la médication interne ou spécifique ne réussisse point, car il s'agit en réalité d'un rétrécissement cicatriciel, et contre lequel le mercure et l'iodure de potassium doivent être impuissants; c'est perdre un temps précieux que de les administrer, et mieux vaudrait recourir immédiatement aux moyens chirurgicaux.

M. Mercier. J'appuie tout à fait ce que vient de dire M. Verneuil sur l'efficacité exclusive du traitement chirurgical. Quant à l'origine du rétrécissement, on pourrait peut-être, à cause des antécédents de la malade, la rapporter à la blennorrhagie, qui amène très souvent, comme on sait, une oblitération des trompes, et qui

pourrait avoir enflammé de la même façon le rectum, par voisinage. En disséquant la pièce, on aurait trouvé probablement du tissu inodulaire.

Ce rétrécissement se rapproche beaucoup de celui que portait l'illustre tragédien Talma, et dans lequel le tissu musculaire était remplacé par du tissu fibreux, consécutif à un travail inflammatoire.

M. Houël proteste contre le rapprochement que vient de faire M. Mercier. Le rétrécissement de Talma n'avait pas de rapports avec celui qu'on présente aujourd'hui ; il en différait totalement au point de vue du siège et de la nature. Il existait à la fin de l'S iliaque, et consistait en une oblitération fibreuse du calibre de l'intestin. Au lieu d'être un fait de physiologie pathologique, et le résultat d'une phlegmasie, il s'agissait dans le fait de Talma d'une lésion spéciale, non encore décrite, qui a un siège unique, la fin de l'S iliaque. M. Houël a pu en réunir déjà six exemples, où les symptômes ont été identiques, et qu'il communiquera plus tard.

M. Vidal fait remarquer que très fréquemment des fistules recto-vaginales compliquent, comme dans le cas actuel, le rétrécissement syphilitique du rectum, et que la coïncidence de la phthisie pulmonaire avec cette maladie a déjà été signalée ; M. Fournier, alors interne à l'hôpital du Midi, en a présenté un exemple en 1857.

4. M. Lancereaux montre également une tumeur de la base du cerveau développée dans le corps pituitaire. La malade, âgée de quarante-cinq ans, entra dans le service de M. Guérard, à l'Hôtel-Dieu, le 9 février 1859. Durant le premier mois de son séjour, elle se plaignit de douleurs vagues dans l'abdomen, de mauvaises digestions avec perte de l'appétit et constipation. Elle offrait en même temps un peu d'ictère, surtout manifeste aux sclérotiques. Le foie, peu augmenté de volume, présentait des bosselures distinctes de la palpation. Au commencement de mars, elle commença à parler d'une douleur de la tête bornée au côté gauche ; cette douleur s'était déjà fait sentir depuis longtemps : toutefois, elle se montrait actuellement avec une intensité insupportable. A partir

de cette époque; la vue a commencé à s'affaiblir, le sommeil est devenu impossible, l'intelligence s'est altérée; huit jours avant la mort, l'amaurose était presque complète, et le système musculaire considérablement affaibli des deux côtés. Enfin, le 14 mars, survinrent brusquement des convulsions et du délire alternant avec des périodes de coma et de résolution générale. La mort eut lieu le 16 mars au matin, dans un accès.

A l'autopsie, les os du crâne sont sans altération, la dure-mère et l'arachnoïde pariétale sont intactes; sur la partie viscérale de cette dernière membrane se voient par transparence de petits points blanchâtres, disséminés et assez rares, du volume d'un grain de millet et dus sans doute à un dépôt plastique. Ces dépôts occupent la surface externe des hémisphères.

La vascularisation de la pie-mère paraît plus grande que dans l'état normal; un grand nombre de vaisseaux sont gorgés de sang et sinueux. Les artères de la base sont sans altération.

Le cerveau est volumineux et paraît difficilement contenu dans ses membranes; la substance est plutôt ramollie qu'indurée, sans adhérence avec la pie-mère. La coupe y fait constater un pointillé un peu exagéré.

Le liquide des ventricules ne paraît pas augmenté de quantité, leur surface est intacte. Les corps striés, les couches optiques, le cervelet et les autres portions de l'encéphale n'offrent pas d'altération appréciable à l'œil nu. On constate seulement un peu de ramollissement du *tuber cinereum*, dont la coloration est rougeâtre. Cette lésion est évidemment consécutive et due à la présence d'une tumeur qui occupe la selle turcique et qui a pour siège le corps pituitaire. En détachant le cerveau de la base du crâne, on a en effet laissé adhérente à cette dernière, dans l'enfoncement situé entre les apophyses clinoides antérieures et postérieures, un corps ovoïde du volume d'un petit œuf de pigeon qui, par son sommet, se trouvait engagé dans le *tuber cinereum*, dont il a pu se détacher sans déchirure. Il laisse toutefois en ce point une légère dépression, espèce d'infundibulum qui lui servait de réceptacle.

La surface externe de ce corps assez régulier dans sa forme est blanchâtre, sa consistance est ferme. La coupe fait voir qu'il est formé à la circonférence par une trame résistante de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, tandis qu'à l'intérieur il se trouve composé

par une masse blanche désagrégée et ramollie assez analogue à de la matière tuberculeuse.

L'examen microscopique de cette tumeur, fait en commun avec mon collègue, M. Dezanneau, nous a permis d'y reconnaître les éléments suivants : corps fusiformes et tissu fibroïde constituant presque entièrement la tunique extérieure ; noyaux et cellules, globules angulaires analogues aux corpuscules tuberculeux, matière granulée à l'intérieur.

La moelle, examinée dans toute sa longueur, a paru légèrement ramollie au-dessus du renflement cervical. Les membranes étaient saines.

Les poumons ne présentent rien de particulier.

Le cœur, peu volumineux, se trouve recouvert d'une couche de graisse ferme et épaisse. Les valvules auriculo-ventriculaires sont épaissies à droite et à gauche par des dépôts plastiques ; leur surface est légèrement bosselée, leurs bords sont sains.

Le foie déborde à peine les fausses côtes ; sa surface est inégale et bosselée, et il présente tous les caractères d'une cirrhose avancée. La rate est volumineuse ; les reins sont normaux.

5. M. Coulon montre un cancer de l'œsophage ayant amené la compression de la trachée.

Le 18 janvier 1859 est entrée à l'hôpital La Riboisière dans le service de M. Hérard une femme nommée Dion (Victoire), âgée de cinquante-neuf ans.

Cette femme est grande, forte et paraît être d'une excellente constitution. Personne, dans sa famille, n'a eu d'affection cancéreuse. Son père aurait succombé à une pneumonie, sa mère à la rage et son frère à une affection cérébrale.

On ne trouve rien dans les antécédents qui puisse se rapporter à la scrofule ou à la syphilis.

Depuis le mois d'avril 1858, cette malade a sur le côté droit du cou, en dehors de la partie antérieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien un ganglion lymphatique engorgé, dur, et qui a le volume d'une cerise. A la même époque, plusieurs ganglions situés du même côté du cou se sont également engorgés et forment aujourd'hui une espèce de chapelet.

C'est aussi depuis le mois d'avril 1858 que la malade a de la dysphagie et qu'elle ne peut manger la croûte du pain; souvent un morceau de cet aliment s'arrête dans l'œsophage, et cette femme est obligée de s'introduire les doigts dans la gorge pour se faire vomir.

Depuis le mois de mai elle a renoncé aux aliments solides et ne prend plus que du vin, du lait, du bouillon, de la soupe; depuis quinze jours elle ne peut même plus avaler de soupe.

Il y a environ un mois, de la gêne dans la respiration est venue se joindre à la dysphagie, et cette gêne va toujours croissant; elle est beaucoup plus grande la nuit que le jour.

Avant son entrée à l'hôpital, la malade a pris à l'intérieur de l'iodure de potassium, et l'on a recouvert la partie antérieure du cou d'un large vésicatoire volant; mais il n'est résulté aucune amélioration de ces divers traitements.

État actuel le 18 janvier 1859. — Femme très maigre; cet amaigrissement date seulement de quelques mois; la peau ne présente pas la teinte jaune qui appartient à la cachexie cancéreuse. La dysphagie est telle, qu'il y a impossibilité complète d'avalier les aliments solides et même à moitié consistants, comme la soupe, certains potages. La gêne de la respiration est aussi très grande et porte surtout sur l'inspiration, qui est longue et retentissante.

La voix n'est nullement modifiée.

Si l'on vient à palper le cou, on sent sur la partie latérale droite les ganglions dont nous avons parlé plus haut. On sent également le corps thyroïde un peu volumineux; mais il n'existe pas de tumeur au-devant de la partie antérieure des voies aériennes.

L'auscultation de la poitrine fait entendre le murmure vésiculaire et le retentissement du bruit trachéal.

Rien au cœur.

L'appétit est conservé, et la malade souffre souvent de la faim.

Pas de réaction fébrile.

Dans la nuit du 25 au 26 janvier, il survient un accès de suffocation qui dure depuis sept heures du soir jusqu'à une heure du matin. La respiration est très laborieuse; l'inspiration est longue, sifflante et s'entend à une grande distance; les veines du cou sont

gonflées, les lèvres bleuâtres, le visage pâle ; il y a asphyxie avec pâleur.

La voix étant conservée, on en conclut que le rétrécissement existe au-dessous du larynx et que la trachéotomie serait inutile ; aussi cette opération n'est point pratiquée.

Des accès de suffocation surviennent tous les deux ou trois jours.

On donne de l'iodure de potassium, qui n'amène aucune amélioration.

La malade devient de plus en plus faible et succombe pendant un accès de suffocation.

A l'autopsie, on trouve un cancer de l'œsophage ; les parois de ce canal sont constituées par un tissu blanc grisâtre, très dur et présentant une épaisseur de près de 4 centimètre. Ce cancer a une longueur d'environ 8 centimètres ; il commence immédiatement au-dessous du bord inférieur du larynx. Le conduit œsophagien dans la portion située au-dessus du cancer ne présente pas de dilatation appréciable ; mais au niveau du cancer le rétrécissement est tel que l'on introduit avec peine une sonde de femme.

La muqueuse œsophagienne est ulcérée en plusieurs points.

Le larynx ne présente aucune altération ; la muqueuse laryngée a sa couleur et sa consistance normales.

Le calibre de la trachée est considérablement diminué. La paroi postérieure de ce conduit est repoussée en avant par le cancer œsophagien. Ce rétrécissement s'étend du premier au huitième cerceau de la trachée ; il est tellement prononcé, qu'une sonde de femme ne peut passer qu'avec frottement.

La muqueuse de la paroi postérieure de la trachée offre plusieurs ulcérations au niveau du rétrécissement.

6. M. Tillaux fait voir un abcès urinaire au-devant d'un rétrécissement de l'urètre, à la suite duquel le malade est mort d'infection purulente. C'était un tapissier âgé de trente-deux ans, d'une santé assez mauvaise, chez qui un médecin de la ville avait soupçonné une tuberculisation commençante aux deux sommets. Il avait des douleurs en urinant et de la fièvre depuis le mois

de février. lorsqu'il entra le 2 mars à l'hôpital Cochin pour un petit abcès du périnée situé au niveau du bulbe. Celui-ci fut ouvert largement, mais ne donna point issue à de l'urine, comme on s'y attendait. Le cathétérisme ne fut pas pratiqué. Le malade allait assez bien en apparence, lorsque dix-sept jours après son entrée il fut pris d'un frisson violent et accusa de la douleur dans les reins; la fièvre revint sous forme d'accès quotidiens et fut immédiatement combattue par le sulfate de quinine. Bientôt apparurent l'ictère et tous les signes d'une infection purulente qui amena la mort douze jours après le frisson initial. L'autopsie a révélé la présence d'abcès métastatiques dans les deux poumons et dans le foie; tandis que le rein gauche était hypertrophié, le droit était très diminué de volume et rempli de petites cavités purulentes; l'uretère correspondant était très dilaté. La vessie, très petite, avait les parois fort épaisses. Enfin, l'urèthre présentait au niveau de la portion membraneuse un rétrécissement long de 4 centimètres, n'ayant que 6 millimètres de diamètre à sa partie moyenne; immédiatement en arrière de lui était accumulé un peu de pus; en avant, on constatait une phlegmasie uréthrale assez marquée.

M. Caudmont fait voir, par l'examen de la pièce, que le rétrécissement siège non pas à la portion membraneuse, mais à l'union de cette portion avec la portion bulbaire, ou vers la terminaison du bulbe; et, qu'en outre, la prostate est très atrophiée. Du reste, dans les théories nouvelles qu'on professe sur les rétrécissements organiques de l'urèthre, on ne considère ceux-ci comme possibles que lorsqu'il y a inflammation du tissu spongieux. On ne saurait donc en rencontrer là où le tissu spongieux fait défaut, comme dans la portion membraneuse.

Une particularité très remarquable du fait présenté par M. Til-laux, c'est le développement de l'abcès urinaire au devant, au lieu d'être en arrière du rétrécissement. Ce siège, tout à fait exceptionnel, vient de ce que l'abcès s'est formé spontanément et n'a pas été le résultat d'une fausse manœuvre. C'est le quatrième exemple d'abcès de ce genre situé en avant du rétrécissement que rencontre M. Caudmont. Il a observé les trois premiers sur des malades qu'il a soignés en ville. La cause primitive de ces collections purulentes réside dans cet état phlegmasique de la membrane

muqueuse de l'urèthre, qu'on constate ici au-devant du rétrécissement, et qui se propage aux tissus voisins. Quant à la cause occasionnelle, ce sont le plus souvent des excès de boisson : deux des malades précédemment cités s'étaient enivrés la veille de l'accident.

M. Caudmont, examinant ensuite à quelle origine il faut rapporter la néphrite observée exclusivement dans le rein droit, chez le malade de *M. Tillaux*, pense qu'on ne peut l'expliquer par le rétrécissement, car, dans cette hypothèse, les deux reins devraient être également malades, les deux uretères également dilatés.

On a trop souvent méconnu ou signalé avec trop de légèreté cette inflammation chronique des reins, qui finit par accompagner presque inévitablement les rétrécissements déjà anciens ; cette complication amène la mort d'un très grand nombre de malades ; si elle était mieux connue des médecins, on serait plus sobre de manœuvres et surtout d'opérations violentes qui, dans ces cas-là, donnent aux accidents de néphrite un caractère aigu et parfois rapidement mortel.

Quant à l'infection purulente, ce n'est pas dans le rein droit enflammé qu'elle a eu ici son point de départ, c'est dans l'abcès urinaire, car dans ces cas-là le corps caverneux est envahi par la phlébite, qui ne saurait trouver nulle part de conditions plus favorables à son développement, et qui entraîne rapidement la mort.

M. Dolbeau prend la parole pour répondre à deux points seulement de l'argumentation de *M. Caudmont*. D'abord la prostate, dans les rétrécissements semblables à ceux-ci, n'est pas toujours atrophiée, comme l'a montré ici *M. Caudmont* et comme l'enseigne *M. Cruveilhier* ; elle peut même être hypertrophiée, ainsi qu'on a pu le voir sur une pièce présentée au commencement de cette année par *M. Dolbeau*. Et quand cette atrophie existe, il n'est pas du tout certain, comme on l'a prétendu, qu'elle soit le résultat mécanique de l'accumulation de l'urine derrière l'obstacle.

En second lieu, il n'est pas exact de dire que la plupart des médecins ignorent les accidents de néphrite liés aux rétrécissements de l'urèthre ; ils sont, au contraire, très bien connus d'un certain nombre de médecins des hôpitaux, et particulièrement de *M. Vigla*,

qui a pu souvent diagnostiquer la néphrite d'après les modifications des urines qui, dans ce cas, deviennent alcalines.

M. Caudmont : Je n'ai pas voulu dire que la prostate disparaissait toujours, mais seulement qu'elle était très souvent atrophiée. Quant au mécanisme de cette atrophie, je partage à cet égard l'opinion de M. Dolbeau ; loin d'y voir un effet mécanique, je pense qu'elle est plutôt la conséquence d'une inflammation chronique de la prostate, qui accompagne toujours les rétrécissements anciens.

7. M. Bricheteau montre quatre exemples d'ulcérations de la trachée-artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie, qui ont été déjà présentés à l'Académie de médecine par M. le docteur Roger à l'appui de son mémoire sur ce sujet. (Voyez, pour les détails des observations II, III et IV, les n° de juillet et avril des *Archives générales de médecine*, 1859.)

OBS. I. — Rose Anse, trois ans et demi, entrée le 15 février. Angine couenneuse et croup ; trachéotomie, canule retirée le sixième jour. Mort le vingt-deuxième jour. A l'autopsie, *ulcération de la trachée*, avec perte de substance intéressant tout le côté droit de l'incision ; pas d'injection de la muqueuse environnante ; bronchio-pneumonie double et tubercules pulmonaires.

Observation II. — Louis Brégeant, cinq ans, entré le 24 février : angine couenneuse et croup ; trachéotomie, canule retirée le cinquième jour ; mort douze jours plus tard. A l'autopsie, *ulcération profonde de la paroi antérieure de la trachée-artère* ; bronchio-pneumonie double.

Observation III. — Marie Videux, trois ans, entrée le 26 février : croup ; trachéotomie, gangrène de la plaie dès le second jour ; mort après deux septenaires. Autopsie : *perforation de la paroi antérieure de la trachée* ; bronchio-pneumonie double.

Observation IV. — Charles Vayssié, trois ans, entré le 16 mars : angine couenneuse, croup ; trachéotomie, gangrène de la plaie ; mort le huitième jour. Autopsie : *ulcération à la paroi antérieure et à la paroi postérieure de la trachée avec érosions multiples* ; pleurésie purulente à gauche ; bronchio-pneumonie double.

M. Millard, sans nier l'importance de ces ulcérations de la trachée, pense qu'il ne faut pas en exagérer la gravité, et qu'on doit surtout tenir grand compte des phlegmasies concomitantes des voies respiratoires (bronchite et broncho-pneumonie), qui paraissent être une condition de développement des ulcérations trachéales. Elles n'ont manqué dans aucun des quatre cas qu'on présente aujourd'hui.

M. Vidal attribue également peu de gravité, en général, à ces ulcérations, et fait ressortir de nouveau la fréquence exceptionnelle de cet accident depuis trois mois, fréquence qui doit s'expliquer par la nature particulière de l'épidémie actuelle de diphthérie.

M. Verneuil fait une communication relative au manuel opératoire de la trachéotomie. Plusieurs chirurgiens, parmi lesquels M. P. Guersant surtout, ont insisté sur les avantages du dilateur, qu'ils ont même regardé comme indispensable. Ils ont conseillé de le laisser en place pendant quelques instants avant d'introduire la canule, afin de permettre à l'enfant de s'asseoir et de rejeter immédiatement par les efforts de toux les fausses membranes, les mucosités ou le sang que peut contenir la trachée. J'ai pu tout récemment me convaincre de l'utilité de ce précepte chez un enfant que je venais d'opérer, et qui, avant l'introduction de la canule, a expulsé à la seconde ou troisième quinte de toux un peloton volumineux de fausses membranes tubulées et ramifiées, lequel n'aurait pu s'échapper aussi facilement par la canule, si celle-ci avait été placée trop vite. J'ai fait une autre remarque : bien que je fusse arrivé sur la trachée presque sans écoulement sanguin, j'ai été surpris, après l'avoir incisée, de voir l'enfant rejeter une très grande quantité de sang qui ne pouvait pas provenir de la plaie, et qui semblait avoir sa source dans la trachée elle-même. Peut-être était-il fourni par la membrane muqueuse très congestionnée.

M. Bucquoy rappelle que M. Michon a beaucoup insisté sur cette forme d'hémorrhagie consécutive à l'incision de la trachée, et dont il n'hésite pas à rapporter l'origine à la membrane muqueuse ; mais il a surtout signalé le fait chez les adultes.

S. M. Gellé présente une *dissection des oreilles de deux malades atteints de surdité*.

Dans le premier cas, la surdité est congénitale; l'enfant était sourd-muet, âgé de quatre ans et demi.

L'examen attentif de la coupe du rocher, faite de façon à ouvrir la cavité tympanique, la trompe d'Eustache et les cellules mastoïdiennes, permet de constater l'intégrité des osselets, des membranes et des orifices; les nerfs (facial, corde du tympan), les muscles interne et externe du marteau sont parfaitement sains; il en est de même du vestibule du limaçon et des canaux demi-circulaires.

Mais l'examen du nerf auditif, de son origine à sa terminaison au fond du méat auditif interne, permet de constater les altérations remarquables qui suivent : en soulevant le facial dans la gouttière que lui forme le nerf auditif, on met en évidence celui-ci et l'on peut bien voir la différence d'aspect des deux nerfs, dont l'un est sain et l'autre altéré.

Le nerf auditif, en effet, arrondi, de volume à peu près normal, ayant conservé sa forme, sa direction, ses rapports, n'est altéré que dans sa texture intime. Il est opalin, blanchâtre, presque transparent, et ressemble à du tissu cellulaire infiltré de sérosité; il est mollassé, et la compression le réduit à une simple lame, dans laquelle on ne trouve que des traces de névrilème. La substance nerveuse paraît absente et remplacée par cette sérosité; malheureusement le microscope n'est pas venu ici en aide aux moyens ordinaires d'investigation, de sorte que l'on ne peut pas affirmer qu'il y ait complète disparition des tubes nerveux.

Cependant, c'est un cas bien net de surdi-mutité, causée par une atrophie avec œdème du nerf auditif.

Dans la seconde pièce, il s'agit d'une carie tuberculeuse de l'oreille moyenne, détruisant l'appareil de l'ouïe sans attaquer le nerf auditif; de plus, l'affection a détruit en partie le nerf facial dans son trajet dans l'aqueduc de Fallope, d'où une paralysie faciale du même côté. La pièce a été recueillie sur un enfant de douze ans, mort de tubercules pulmonaires, et qui était affecté depuis longtemps de surdité de l'oreille gauche, avec otorrhée purulente et hémiplégie faciale du même côté.

Une coupe parallèle à l'axe du rocher fait voir que la cavité

tympanique est remplie, ainsi que les cellules mastoïdiennes, de matière fétide sanieuse, grumeleuse, jaunâtre, semblable à du tubercule ramolli. On constate, sur la paroi antérieure et externe, l'absence complète de la membrane tympanique et la destruction de la corde du tympan. De plus, le manche du marteau a été détruit, comme la membrane qu'il soutient; il ne reste de cet osselet que la tête. L'enclume est saine, mais flotte dans le putrilage; ses articulations et ses ligaments sont détruits. L'étrier est intact, bien en place, mais son muscle a disparu. La pyramide qui le contient est vide, et en partie érodée à sa base, au point qui touche le conduit du facial, et par lequel le petit muscle reçoit ses nerfs. Les muscles interne et antérieur du marteau sont absents; restent à leur place le bec de cuiller de M. Huguier et la coulisse de Glaser, béante par suite de la disparition de l'apophyse grêle du marteau. Le conduit de Fallope, dont la paroi est si faible du côté de la cavité tympanique, n'a pas plus résisté que la pyramide. Le facial est ramolli, d'un vert brunâtre, facile à déchirer dans tout son trajet et à la surface de la paroi postéro-interne de la cavité tympanique.

Cette grave altération devient très visible, si l'on achève de mettre à nu le nerf dans le reste de son trajet, jusqu'au ganglion géniculé.

Ce ganglion est compris dans la portion altérée, mais au-dessus de lui le facial est sain. L'altération n'occupe donc que l'étendue du facial qui traverse l'oreille moyenne.

Chez ce même malade, à la suite de la destruction d'une partie de la paroi antérieure du conduit auditif, on observait, immédiatement en dehors du cadre tympanal, une communication du foyer purulent avec le tissu cellulo-adipeux qui remplit l'arrière-partie de la cavité articulaire du temporal, d'où le pus aurait pu descendre vers la région parotidienne ou pénétrer dans l'articulation temporo-maxillaire.

Enfin, la dure-mère qui couvre la face supérieure du rocher offrait, au niveau de la paroi supérieure de la cavité tympanique, un épaississement marqué, qui semblait formé par des produits plastiques épanchés à la face externe de cette membrane; elle n'offrait aucune altération du côté de la séreuse.

9. *M. Lancereaux* montre un *cancer des trompes utérines et de la surface interne de l'utérus*. — La nommée Genet (Antoinette), cinquante-six ans, ancienne cantinière, entrée à l'Hôtel-Dieu le 4^{er} février 1859, morte le 5 mai suivant.

Cette femme, assez fortement constituée, fut considérée par M. Piédagnel, dans le service duquel elle se trouvait placée, comme atteinte d'un cancer utérin. Elle avait eu à plusieurs reprises des hémorrhagies utérines, dont une durant son séjour à l'hôpital. Le toucher vaginal toutefois ne donnait pas la sensation de parties ulcérées et indurées, comme c'est l'ordinaire; le museau de tanche était légèrement entr'ouvert, mais ses lèvres étaient lisses et sans altération appréciable. L'utérus était volumineux, et par la palpation abdominale on constatait, sur l'un des côtés de cet organe, l'existence d'une tumeur arrondie, du volume du poing, qui, sans l'état de cachexie avancée dans laquelle se trouvait la malade, aurait pu facilement être prise pour un corps fibreux.

Autopsie. — Le cadavre ne présente rien à noter à l'extérieur, il existe à la région hypogastrique un relief formé par la tumeur qui occupe le bassin; on sent distinctement à gauche, en refoulant la paroi abdominale en arrière du pubis, une tumeur arrondie, en partie indépendante de l'utérus, auquel elle paraît tenir par un pédicule.

La paroi abdominale est incisée, et les organes génitaux sont enlevés.

L'utérus est volumineux; il a 12 centimètres du fond au museau de tanche; ses parois sont épaissies. A ces éléments normaux se trouvent ajoutés des éléments cancéreux d'autant plus abondants qu'on approche davantage de la surface interne. Celle-ci, en effet, est représentée par une espèce de bouillie, un magma blanchâtre, très vasculaire en certains points, et constitué par des éléments cancéreux. La cavité utérine a complètement disparu, ou plutôt elle est remplie par la matière ramollie, qui occupe également la cavité du col. Les lèvres du museau de tanche sont respectées.

La trompe droite a une longueur de 9 centimètres; son extrémité péritonéale se trouve renflée et creusée d'une cavité qui se continue avec la cavité utérine par l'oviducte, dans lequel on introduit aisément un gros stylet. Il existe à l'intérieur de cette

cavité une matière noire, ramollie, qui paraît tenir à du sang épanché; le reste de sa surface est lisse et blanchâtre; elle est fermée du côté du pavillon.

C'est aux parois épaissies et hypertrophiées qu'il faut rapporter cette dilatation de l'oviducte. La pression exercée sur ces parois en fait sourdre une matière d'un blanc de lait, cancéreuse au même titre que celle qui se rencontre à la surface interne de l'utérus.

La trompe gauche forme une tumeur appendue au corps de la matrice; elle déborde en partie le petit bassin; oblongue, elle a environ 44 centimètres dans son plus grand diamètre, et 12 centimètres suivant le plus petit. Le pédicule qui l'attache à l'utérus est complètement oblitéré. Une membrane fibreuse, blanche, très épaisse, lui constitue une enveloppe de laquelle paraissent partir des prolongements fibreux ou fibroïdes qui, par leur cloisonnement, forment des espaces remplis par les éléments cancéreux. Ceux-ci se retrouvent donc dans les trompes comme dans l'utérus; dans la trompe gauche, toutefois, ils sont associés à une quantité considérable de gouttelettes graisseuses. Dans l'utérus, on trouve à peu près toutes les formes de cellules dites cancéreuses: cellules mères renfermant de deux à quatre cellules, avec de gros noyaux arrondis et de gros nucléoles; cellules coniques et cylindriques, toutes remarquables par leur noyau, qui varie peu; quelques corps fusiformes, qui très probablement sont ici les éléments normaux de l'organe; des noyaux libres et des gouttelettes graisseuses. Ces dernières se rencontrent surtout dans la tumeur formée par la trompe, où l'on trouve en outre des corpuscules chargés de granulations graisseuses et assez semblables aux corpuscules de Glüge. Le cancer ici serait donc arrivé à une période plus avancée que dans l'utérus, puisqu'il aurait déjà en partie subi la dégénérescence graisseuse; aussi y a-t-il lieu de croire qu'il a débuté par la trompe et n'a envahi que plus tard la surface interne de l'utérus.

Les ovaires sont sans altération; tous les autres organes sont sains.

La rate, toutefois, est augmentée de volume et renferme un noyau blanchâtre qui, à l'œil, aurait pu être considéré comme cancéreux, mais qui, sous le champ du microscope, n'a présenté

que les éléments de l'organe. J'ai essayé en vain de fracturer les os, dans le but de savoir si le cancer ne les avait pas envahis.

10. M. *Campana* présente un exemple de *diathèse cancéreuse* ayant envahi le cœur droit et les plèvres.

Marie Delaunay, soixante-deux ans, entrée le 4 mai à l'hôpital Lariboisière (service de M. Pidoux), morte six jours après.

Cette femme, parvenue à un état de cachexie très avancée, présentait un cancer ulcéré de l'utérus et du vagin, et en outre les signes d'une affection organique du cœur : œdème des membres inférieurs, étroitesse et irrégularité du pouls, et surtout un bruit de frottement rude, superficiel, diffus et couvrant les deux bruits du cœur. On s'étonnait du calme de la respiration : on comptait à peine douze inspirations par minute, et à l'auscultation il semblait que l'appareil pulmonaire fût sain.

On procéda avec soin à l'autopsie, dont voici les résultats :

Quelques champignons carcinomateux, durs et saillants, disséminés dans les parois de la vessie.

Le corps seul de l'utérus subsiste : le col a été rongé en totalité. Le vagin tout entier est transformé en un vaste cancer, parsemé de cavités anfractueuses, et recouvert de débris gangréneux infects. •

Les glandes inguinales superficielles, très volumineuses, ont l'aspect de coques fibreuses, pleines d'une bouillie jaunâtre, comme purulente. Sous le microscope, elle est constituée par les éléments épithéliaux du ganglion, agrandis, déformés et infiltrés de granulations brillantes : altération identique avec celle des glandes axillaires, dans les encéphaloïdes avancés de la mamelle.

Le centre de la paroi antérieure du ventricule cardiaque droit est occupé par un gros noyau de cancer encéphaloïde, ramolli à son centre, vasculaire, et saillant à la fois hors du ventricule et dans son intérieur. Quelques autres petits noyaux, également encéphaloïdes, se voient dans l'oreillette droite. Le cœur gauche a été épargné.

Des plaques cancéreuses, épaisses et saillantes, se voient sous la plèvre, en divers endroits : aux deux sommets pulmonaires,

sous plusieurs côtes et cartilages costaux ; par des incisions convénables, on s'assure que ces productions, exclusivement pleurales, n'intéressent point les organes sous-jacents.

Au microscope, on reconnaît les différentes variétés des cellules dites cancéreuses.

Le foie, les reins et leurs capsules, l'intestin, le péritoine et les glandes mésentériques, de même que les vertèbres, le sternum, les côtes et le fémur, ne présentent point d'altération cancéreuse ; mais les reins, déjà atrophies, passent au gras, et le tissu compacte du fémur, très condensé, est dur comme l'ivoire : altérations que M. Cazalis rencontre habituellement, la première dans le cancer de l'utérus, et la seconde dans le cancer en général.

11. M. Tillaux fait voir une pièce d'anatomie pathologique, relative à un *prolapsus utérin* presque complet, et qui a été recueillie sur une femme de cinquante ans qui est venue mourir d'une pneumonie à l'hôpital Cochin.

Cette pièce a été mise sous les yeux de l'Académie de médecine, et minutieusement décrite par M. Depaul, à l'occasion du mémoire de M. Huguier (voir les *Bulletins de l'Académie impériale de médecine*, 1859, t. XXIV, pages 672 et suivantes). Elle a donné lieu, au sein de la Société anatomique, à la discussion suivante :

M. Verneuil fait remarquer que la chute de la matrice est ici loin d'être complète, puisque tout le corps et une petite partie du col sont en arrière de l'anneau vulvaire. Il rappelle que dans ses recherches, qui ne sont pas encore complètes, il n'a trouvé que deux cas, dus à M. Huguier, où il paraissait y avoir issue totale du corps de la matrice en dehors de la vulve, puisque en saisissant la tumeur extra-vulvaire entre les doigts, l'utérus était tout entier dans cette poche.

M. Hoult ne croit pas qu'il existe de cas authentique où la chute ait été complète ; même dans ceux de M. Huguier et dans ceux qui sont au musée Dupuytren, le fond de l'utérus est encore un peu dans le bassin et n'a pas franchi la vulve.

M. Depaul demande qu'on substitue le mot *anneau vaginal* à

celui d'anneau *vulvaire* ; car tous les auteurs qui ont étudié les chutes de matrice ont établi pour la limite extrême, en dehors de laquelle la chute est complète, l'orifice inférieur du vagin. Les cas de prolapsus complet sont très rares, mais il en existe cependant dans les auteurs anciens ; madame Boivin, Levret, Mauriceau et Saviard en ont décrit, les uns avec autopsie, les autres avec des détails d'observation clinique qui ne permettent aucun doute.

M. Chassaignac a, de son côté, rapporté des cas dans lesquels, en combinant le toucher rectal avec la palpation de la tumeur extra-vaginale, il a pu s'assurer, comme dans les deux faits de M. Huguier, que le fond de la matrice était tout entier dans cette tumeur. Du reste, dans tous les faits de chute complète qui ont été rapportés, la tumeur avait un volume bien plus considérable que celle-ci ; elle était énorme et quelquefois grosse comme une tête de fœtus. Un autre signe qui prouverait ici que le prolapsus n'est pas complet, c'est qu'en arrière le vagin n'est pas complètement renversé.

M. Verneuil, s'en rapportant, d'une part, à la définition de la vulve donnée par les anatomistes, et, d'autre part, à la division établie par les auteurs dans les divers degrés du prolapsus utérin, suivant que la matrice est en deçà ou au delà de la vulve, soutient que les dénominations d'*anneau vulvaire* et d'*anneau vaginal* sont loin d'avoir le même sens ; qu'il y a une distance de 4 à 3 centimètres entre ces deux anneaux, et que c'est l'*anneau vulvaire* qui doit être conservé comme limite. Il révoque en doute les cas de prolapsus complet cités par M. Depaul, dans lesquels il n'y a pas eu d'autopsie, car, malgré l'autorité scientifique des auteurs, de simples assertions, sans pièces justificatives, n'ont aucune valeur dans une question en litige.

M. Depaul, après avoir rappelé de nouveau que, sous le nom de chute complète de la matrice, on a voulu désigner l'issue du corps de l'organe en dehors du bassin, et par conséquent en dehors de l'anneau vaginal qui forme la limite inférieure de cette cavité, aborde la question du traitement proposé par M. Huguier. L'opération qu'on veut ressusciter, et qui consiste à amputer ce qui est sorti de la matrice, lui paraît dangereuse ; car, si en avant les adhérences vaginales du col sont très épaisses et permettent d'inciser

sans crainte, comme Lisfranc l'avait déjà indiqué, il n'en est pas de même en arrière. Sur la pièce présentée par M. Tillaux, on voit que le cul-de-sac péritonéal postérieur n'est qu'à 4 centimètre environ au-dessus du col, de sorte qu'il est difficile, comme on l'a dit, de décoller à ce niveau le péritoine; on ne peut faire qu'une chose, c'est de tailler dans l'épaisseur du col lui-même, et l'on risque fort de pénétrer ainsi dans la cavité péritonéale.

M. Gallard rappelle qu'il y a une dizaine d'années on enseignait encore que la précipitation ou chute complète de la matrice était très commune; or, M. Depaul en a trouvé à peine quatre ou cinq exemples, dont deux appartiennent à M. Huguier. Le travail de ce chirurgien n'aurait-il pour résultat que d'établir la rareté de cette affection, qu'il aurait déjà une grande valeur. En outre, la pièce de M. Tillaux justifie bien ce qu'a avancé M. Huguier, à savoir que le corps de la matrice est peu hypertrophié comparative-ment au col, qui est très allongé, et dont l'hypertrophie constitue ici la principale partie de la tumeur. Cette hypertrophie porte précisément sur la partie sus-vaginale du col, comme l'a dit M. Huguier. Enfin les observations du chirurgien de l'hôpital Beaujon sont la meilleure preuve que l'opération qu'il propose n'offre pas les dangers que redoute M. Depaul.

M. Depaul répond que personne n'a indiqué comme fréquentes les précipitations complètes de la matrice; le seul fait nouveau du travail de M. Huguier, c'est l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, et M. Depaul ne l'admet pas.

M. Cruveilhier montre la planche IV de la 26^e livraison de son *Atlas d'anatomie pathologique*, qui représente un bel exemple de chute incomplète de la matrice. M. Cruveilhier déclare n'avoir jamais vu le vagin complètement renversé en arrière; il fait remarquer, en outre, que le rectum n'est jamais entraîné avec la matrice, ou, s'il y a rectocèle, il faut admettre que le déplacement de l'intestin est indépendant du prolapsus utérin et existait avant cette nouvelle maladie.

La question des chutes de la matrice ayant été mise à l'ordre du jour, M. Verneuil, dans la séance suivante, après avoir exprimé ses regrets de l'absence de M. Depaul, son contradicteur, montre par des citations textuelles empruntées aux ouvrages des douze auteurs suivants pris au hasard (madame Boivin et Dugès, Denman, Moreau, Gardien, Levret, Boyer, Vidal, Astruc, Paul Dubois et Nélaton), que tous, à l'exception de M. Paul Dubois, ont entendu ou désigné la *vulve* comme la limite que devait franchir le corps de la matrice pour qu'on pût admettre la chute complète de cet organe. Personne n'a admis, comme M. Depaul, l'identité des anneaux vulvaire et vaginal. M. Paul Dubois est le seul qui ait défini la descente complète par ces mots : « Lorsque l'utérus aura franchi le détroit inférieur. » Pour M. Nélaton, le troisième degré n'existe que lorsque le col utérin a franchi la *vulve* et fait saillie au dehors. En laissant donc de côté les ambiguïtés qui résultent dans un grand nombre de définitions de l'emploi du mot vague d'*organe*, au lieu des termes précis de *col* et de *corps*, on voit néanmoins que c'est toujours à l'issue en dehors de la *vulve* qu'on a rapporté le dernier degré de la maladie.

M. Verneuil, passant ensuite à l'examen des ouvrages de Levret, déclare n'y avoir pas trouvé, malgré les recherches les plus minutieuses, l'observation avec autopsie qu'a citée M. Depaul. Il y a là une erreur bibliographique, à moins que M. Depaul n'ait consulté une autre édition que la troisième (1774).

M. Verneuil donne ensuite lecture de la note suivante :

M. Depaul a grande confiance dans les assertions de Boivin et de Dugès, et il croit ces auteurs sur parole : mais alors pourquoi n'avoir pas confiance aussi dans Mauriceau, qui valait bien les deux collaborateurs en question ? pourquoi pas dans Levret, l'un des hommes les plus marquants de son époque ? pourquoi pas dans Saviard, excellent observateur ? De cette façon on arrivera à grossir singulièrement le nombre des observations prétendues authentiques de hernie complète de l'utérus.

Mais cette condescendance pour les autorités a ses inconvénients. Si je crois Boivin et Dugès, Mauriceau, Levret, Saviard, qui acceptent la précipitation totale, je trouve en revanche des autorités non moins imposantes qui affirment le contraire. Pourquoi

me refuserais-je à croire Delamotte, l'un des premiers accoucheurs qui aient existé? pourquoi ne croirais-je pas Job a Meek'ren, anatoniste et chirurgien éminent, et Roonhuysen, dont le nom est célèbre dans les fastes de l'obstétrique?

Dans ce conflit d'assertions opposées, émanées de sources d'une égale valeur, n'est il pas plus sage d'oublier les noms et de juger seulement les preuves? La discussion actuelle n'est qu'un épisode de l'incessante et éternelle querelle entre le principe d'autorité et le principe d'examen, entre l'affirmation *a priori* et le doute jusqu'à démonstration. M. Depaul représente ici le premier principe, et moi je défends le second.

Mon honorable contradicteur a parlé de ma philosophie scientifique et a déclaré ne pas l'adopter; pour moi, je trouve cette philosophie bonne et je la garde parce que je suis sûr qu'elle ne m'égara jamais.

M. Depaul a cité MM. Velpeau, Laugier, Nélaton, qui lui ont dit avoir vu des cas de chute complète de la matrice. Moi, tout en respectant beaucoup ces messieurs, je veux oublier un instant leur nom respecté, et je demanderai où sont vos observations, où sont vos dessins, où sont vos autopsies; quelle valeur présentent des assertions vagues, des souvenirs confus, dans une question si litigieuse, qu'on ne tombe pas d'accord facilement quand on a les pièces sous les yeux? Que M. Depaul me montre un seul fait bien concluant, qu'il m'apporte une observation bien prise par lui ou par un autre, et je me rends à l'instant.

Car il faut bien s'entendre sur la valeur des preuves, et il y a dans une observation deux choses : le corps du récit, c'est-à-dire le document scientifique en lui-même; puis le nom de l'observateur, c'est-à-dire la marchandise et le pavillon, le moine et son habit. La vraie autorité ne réside ni dans le pavillon ni dans l'habit; elle est tout entière dans le fait, et c'est devant le fait seul que je me crois forcé de m'incliner : voilà ma philosophie scientifique. M. Depaul et moi, nous admettons tous les deux l'autorité : il la met à la fois dans les noms et dans les choses; j'intervertis l'ordre des facteurs. Je juge d'abord les choses; quant aux noms, je m'en soucie beaucoup moins.

Et, s'il faut le dire, j'ai mes raisons pour cela; je suis porté à mettre en suspicion un auteur renommé quand je le prends en

flagrant délit d'erreur. C'est ce qui m'est arrivé, entre autres, pour Boivin et Dugès, après avoir lu une page et demie de l'ouvrage en question. A la page 85 de leur ouvrage se trouve la définition du troisième degré du prolapsus, qui se termine par la phrase suivante : « C'est ce qu'ont parfaitement démontré les ouvertures de cadavres relatées par Kerkring, Saviard et d'autres. »

Les autres sont Bœhmer, Kulm, Ruysch et J. Cloquet.

Je connaissais déjà quelques-unes de ces observations, et je me rappelais fort bien qu'elles ne démontraient nullement les points affirmés par Boivin et Dugès. J'ai voulu compléter mon enquête, et voici mon résultat.

Rappelons d'abord ce que ces observations doivent prouver :

« Le viscère a franchi la vulve, il pend entre les cuisses recouvert, » par le vagin tout à fait retourné, et contenant non-seulement la » matrice avec ses annexes, mais encore la vessie, une partie du » rectum et quelque autre portion d'intestin. »

Or les observations citées prouvent-elles, oui ou non, tout cela : c'est ce que nous allons voir.

A. Je commence par Kerkring. Boivin et Dugès ne donnent pas d'indications bibliographiques ; je soupçonne tout d'abord qu'ils n'ont pas lu l'observation. Je fais autrement ; je la cherche, je la lis, et je trouve sans surprise, habitué que je suis à la science frelatée, qu'elle prouve précisément le contraire. C'est l'histoire d'un polype interne pris pour une descente de matrice, lésion à laquelle Kerkring refusait de croire. Kerkring. — *Spicilegium anatomicum*, in-4°, obs. 53, Amstelodami, 1670 : *Sarcoma totam uteri vaginam occupans, forasque propendens* (p. 113).

B. Kulm. — *De uteri delapsu, suppressionis urinæ et subsequente mortis causa. Quam præside Joh. Adam. Kulmo tuebatur Joh. Eilhard. Reinick*, avril 1732. — *Disputationes chirurgicæ selectæ*, n° 87, 585. (Femme enceinte de quatre mois et de deux jumeaux, etc.).

C. Bœhmer, président. — *Thèses de chirurgie de Haller*, t. III, 557. — Point d'autopsie ni d'observations.

D. Ruysch. — *Observations anatomiques et chirurgicales*, traduction française, 1734, p. 14, obs. 7, intitulée : *Matrice squirrheuse et difforme qui, étant devenue d'un fort gros volume, pendait hors de la partie honteuse*. — Une personne de trente ans était fort incom-

modée par une précipitation de matrice qui était devenue extrêmement épaisse. Un chirurgien fit la ligature en masse ; il y comprit naturellement l'urèthre, d'où rétention d'urine et mort peu de temps après.

C'était le temps des grandes discussions sur la possibilité ou l'impossibilité de la chute de matrice. Ruysch s'empessa d'examiner les choses. Ayant ouvert le bas-ventre, on ne trouva rien autre chose dans le bassin qui est la place de la matrice, qu'un des ovaires avec la trompe de côté et le ligament large ; la matrice pendait en entier et sans être renversée.

Voici une observation qui est importante, mais elle est loin de démontrer tout ce qu'avancent Boivin et Dugès. Nous ne trouvons dans la tumeur ni la vessie, ni une partie du rectum et de l'intestin. Et d'ailleurs il ne faut pas oublier cette ligature en masse placée quelques jours auparavant, et qui a bien pu changer la position qu'avaient les viscères avant l'opération.

Un peu plus loin Ruysch rapporte une autre observation de véritable chute ou précipitation de la matrice pendante au dehors : il ne donne point les symptômes décisifs de la hernie complète, mais seulement un dessin grossier. Point d'autopsie, puisque la matrice fut réduite en sa partie naturelle. (Obs. 9, p. 47).

Même réflexion pour l'observation 4^{re} ; il est même probable que la majeure partie de la matrice était encore dans le bassin.

E. Saviard rapporte à la vérité plusieurs autopsies, j'en trouve quatre, p. 41, 42, 44, 52.

Mais le mot de *chute complète* n'y est pas prononcé, et en vérité Saviard ne se préoccupait guère de savoir si la matrice pouvait, oui ou non, sortir entièrement de la vulve. Le texte même de ces observations prouve que la hernie n'était pas complète.

Ce n'était d'ailleurs pas ce qu'il s'agissait de démontrer alors. Plusieurs auteurs, et Verduc entre autres, niaient la descente de matrice : il s'agissait de démontrer la réalité de cette lésion. Saviard ne s'occupa pas d'autre chose que de prouver que le corps de l'utérus est plus bas que de coutume. Ses observations, précieuses à l'époque où elles ont été recueillies, ne prouvent donc rien dans la discussion actuelle.

F. Cloquet. — Nous savons très bien qu'il ne s'agit pas d'une chute complète.

D'ailleurs dans aucun cas il n'y a eu tout ce que Boivin et Dugès ont dit, qu'ils ont d'ailleurs copié à peu près mot à mot dans le mémoire de Sabatier. Ils ont donc fait une description de fantaisie et commis une confusion historique déplorable.

Voyons maintenant leurs propres observations :

Boivin et Dugès. — La figure 1^{re} de la planche IX représente une descente ou semi-prolapsus. « La matrice avait franchi en grande partie l'orifice externe du vagin. » (P. 409.) — « La matrice sortait presque entièrement de la vulve. » (Même page.) (Observation de la jeune dame de dix-huit ans, p. 409.)

L'observation de prolapsus complet (A, p. 444) est relative à une femme de chambre qui saute quatre marches d'un escalier, et sent un corps étranger qui sort de la vulve. « L'utérus était totalement sorti de la vulve; il me fut facile de rassurer cette femme sur ses craintes; l'organe était du volume naturel. L'accident avait eu lieu quelques jours auparavant... Légers tiraillements dans les aines, etc. » Est-ce croyable? et M. Depaul, qui n'a pu qu'à grand'peine abaisser son utérus, croit-il à la précipitation totale dans ce cas?

Deuxième observation de prolapsus non moins complet, p. 444, mais bien plus lent dans ses progrès (dame de cinquante ans). « La matrice sortait en totalité de la vulve. » Rien sur le volume, sur l'examen. Comment s'est-on assuré que la matrice était tout à fait sortie? Rien à ce sujet.

Troisième observation : exemple probable de précipitation subite. Dame de cinquante-cinq ans. Début de la maladie remontant probablement à huit mois de là. Pendant qu'on la changeait de chemise, une tumeur volumineuse fut vue aux parties génitales, qu'il fut facile de reconnaître pour un prolapsus complet de la matrice et du vagin. La malade se laissa dessiner. La tumeur est représentée pl. X, fig. 4, p. 442, t. 1^{er}. Qui prouve que le prolapsus était complet? Comment s'en est-on assuré? Rien encore.

Enfin, dans l'atlas, nous trouvons planche X, figure 2, un dessin donné comme un prolapsus complet datant de plus de trente ans. Je trouve la tumeur bien petite. Il est dit dans la courte note explicative : « La matrice franchit complètement la vulve. » Rien de moins probant, mais même on pourrait affirmer que c'est le contraire. En résumé, pas une autopsie. »

M. Gallard, laissant de côté la question de définition qui vient d'être largement traitée par M. Verneuil, s'efforce de se justifier du reproche qui lui a été fait d'attribuer aux auteurs des opinions erronées sur la fréquence de cet accident. Il cite notamment deux passages des ouvrages de madame Boivin et Dugès (p. 88 et 94), et de Gardien (p. 478, t. I^{er}, 3^e édit., 1824), où ces auteurs énumèrent un si grand nombre de causes capables de donner lieu au prolapsus utérin, qu'on est autorisé à penser que cette maladie n'était pas considérée par eux comme très rare : M. Huguier a donc eu raison de relever cette erreur. L'hystéromètre proposé par ce chirurgien a été très blâmé par M. Depaul, qui le regarde non-seulement comme inutile, mais même comme dangereux. Mais cet instrument n'est pas si nouveau qu'on le croit ; il a été employé par Levret, chez la femme dont il a donné le dessin dans son livre, car « la sonde, dit-il à propos d'elle, pénétra jusqu'à moitié dans la cavité de la matrice. » MM. Paul Dubois et Désormeaux, au paragraphe *diagnostic* de leur article du *Dictionnaire* en 30 volumes, ont également signalé le cathétérisme utérin par ces mots : « La moindre profondeur à laquelle pénètre la sonde introduite dans la cavité utérine. » (Tome XXX, p. 337.)

Quant au traitement, tout le monde s'est accordé à reconnaître les moyens palliatifs comme insuffisants, à l'exception de M. Depaul. C'est à tort que ce chirurgien a comparé l'opération de M. Huguier aux amputations du col pratiquées par Lisfranc ; car elle en diffère complètement, d'une part parce que M. Huguier ampute un col sain et non pas un col malade, comme Lisfranc, et, d'un autre côté, parce qu'il n'est pas forcé d'exercer des violences ou des délabrements considérables pour attirer le col à la vulve, mais qu'il le trouve spontanément et depuis longtemps descendu à l'extérieur. Madame Boivin elle-même a admis (p. 404 et 402 de son livre) que l'amputation du col pouvait être pratiquée sans danger dans certains cas ; M. Huguier n'est donc pas le seul à avoir proposé cette opération, dont il a eu le mérite de fixer les conditions et le manuel.

M. Legendre. Il ne faut pas exagérer la force qui est nécessaire pour abaisser l'utérus, ni les dangers de cette manœuvre, qui se pratique journellement dans les services de chirurgie et sans les

délabrements que vient de signaler M. Gallard. Tout le monde sait qu'un seul aide suffit pour attirer le col à la vulve ; sur le cadavre, j'ai pu m'assurer qu'une traction de 15 à 20 kilogrammes suffisait pour produire ce résultat. J'ai commencé avec M. le docteur Bastien, à l'amphithéâtre des hôpitaux, des expériences sur ce point, dont je communiquerai plus tard les résultats à la Société, quand elles seront complètes.

M. Houël. M. Depaul a cité un texte précis qui prouve d'une manière irrécusable que Lisfranc faisait exactement la même opération que M. Huguier, mais pour une maladie très différente, il est vrai. Néanmoins je ne saurais partager l'opinion de M. Gallard sur l'innocuité de l'amputation du col, même dans les cas où la pratique M. Huguier. Ce chirurgien conseille d'introduire le doigt dans le rectum pour guider sûrement le bistouri, et éviter la blessure du péritoine ; il a été assez heureux ou assez habile pour cela, mais il n'en serait peut-être pas de même de tous les opérateurs. Il suffit de se rappeler la disposition du péritoine sur la pièce présentée par M. Tillaux ou sur la planche de l'atlas de M. Cruveilhier, pour comprendre que le doigt introduit dans le rectum n'est pas d'un grand secours, et qu'en réalité il s'agit d'une opération très hardie et très dangereuse.

M. Depaul, dans la séance suivante, prend la parole pour répondre successivement aux objections qui lui ont été faites par MM. Gallard et Verneuil.

Le débat avec M. Gallard ne portait primitivement que sur un point, l'opinion exprimée par les auteurs sur le degré de fréquence des chutes complètes de la matrice. C'est en vain que M. Gallard a essayé de prouver par les textes qu'elles étaient signalées comme très communes. Le passage de Gardien, qu'il a cité, ne contient qu'une longue énumération de causes capables théoriquement d'amener la chute totale de l'organe, mais ne dit en aucune façon que l'auteur la regarde comme fréquente. Personne, en effet, n'a admis la fréquence de ce dernier degré de la maladie. Quant aux questions de l'hystéromètre et du traitement chirurgical, M. Depaul regrette qu'elles aient été introduites dans la discussion ; il croit

devoir les laisser ici de côté en l'absence de M. Huguier, et, d'autre part, parce qu'il les a suffisamment traitées dans une autre enceinte.

Passant ensuite à l'argumentation de M. Verneuil, il déclare adopter tout à fait les principes philosophiques que ce chirurgien a cru devoir exposer sous forme de profession de foi; lui aussi il attache moins de valeur aux noms qu'aux choses, mais n'abandonne pas pour cela tout respect pour l'autorité des anciens maîtres. Aussi est-ce à tort que M. Verneuil lui reproche de ne croire ni à Mauriceau, ni à Saviard, ni à Levret, ni à d'autres encore; il a donné la preuve du contraire dans son discours à l'Académie de médecine, et continue à tenir pour concluantes plusieurs de leurs observations. Il n'a donc pas réservé exclusivement toute sa confiance pour madame Boivin; cette confiance se justifie, d'ailleurs, par le caractère honorable de cette femme célèbre, par la haute estime dont elle a joui près de ses contemporains, et par le talent incontestable dont elle a laissé la preuve dans son livre.

Elle a rapporté des observations personnelles dont les détails circonstanciés établissent d'une manière positive que l'issue de la matrice était complète, et qu'elle n'a pas porté son diagnostic à la légère. Enfin c'est dans son livre, et non pas dans celui de Levret, qu'on trouve un exemple avec autopsie: c'est dans l'observation V (p. 443), où la chute complète est, il est vrai, compliquée d'un kyste de l'ovaire. Il est étrange que M. Verneuil n'en ait même pas fait mention.

Quant à la fameuse phrase tant critiquée, et où la procidence de plusieurs viscères est signalée comme pouvant accompagner le prolapsus complet, elle a été faussement interprétée. Madame Boivin n'a pas voulu dire que dans chacune des observations où elle renvoie, on trouvait tous ces viscères à la fois dans la tumeur, mais seulement que tantôt l'un ou tantôt l'autre pouvait s'y rencontrer.

M. Verneuil s'est trompé, en outre, en disant que Levret n'avait pas donné de définition de la chute complète; en lisant tout l'ouvrage il en aurait trouvé une, non pas à la page 444, à l'article DESCENTE DE MATRICE, mais à la page 408, où, à propos des polypes utérins, Levret définit les deux espèces de déplacements, complet et incomplet.

Enfin, dit en terminant M. Depaul, on m'a vivement reproché d'avoir confondu l'anneau vulvaire avec l'orifice inférieur du vagin. Or, bien qu'il ne s'agisse que d'une querelle de mots, il suffit d'ouvrir le tome III du *Traité d'anatomie* (page 680), de M. Cruveilhier, pour voir à l'article VAGIN, que l'*extrémité inférieure* de ce conduit, ou *orifice vulvaire*, ou *anneau vulvaire*, sont désignés comme synonymes.

Quant aux expériences communiquées par M. Legendre, elles n'ont aucune parité avec les miennes, comme je l'ai dit déjà à la Société de chirurgie, puisque j'ai opéré par la cavité abdominale, en pressant directement sur le fond de l'utérus, tandis que M. Legendre a tiré sur le col par le vagin.

M. Verneuil persiste à soutenir que madame Boivin a fait six citations fausses, puisque aucun des auteurs qu'elle invoque ne démontre ce qu'elle avance, relativement à la procidence d'un ou de plusieurs viscères compliquant la chute complète de la matrice. C'est avec intention que M. Verneuil a passé sous silence l'observation avec autopsie rapportée par madame Boivin; il a pensé que le cas étant complexe, il ne devait pas être introduit dans la discussion; que celle-ci devait porter exclusivement sur le prolapsus simple.

Relativement à la définition de Levret, il a dû naturellement la chercher à la place qu'elle devrait occuper, et non pas au milieu d'un article sur un sujet d'une autre nature; il est donc excusable de ne pas l'avoir trouvée. En dehors de cette omission légère, M. Verneuil maintient qu'il n'a commis aucune erreur bibliographique.

M. Legendre donne de nouveaux détails sur les expériences qu'il a entreprises avec M. Bastien dans le but d'étudier la descente de l'utérus.

Ils ont cherché à produire artificiellement sur le cadavre les différents degrés de cette maladie.

Dans le premier degré, le museau de tanche répond à la base des petites lèvres, au niveau de l'anneau vulvaire, et ne fait pas encore saillie à l'extérieur. Pour obtenir cet abaissement, il faut employer une force de 45 à 20 kilogrammes sur un sujet de soixante ans.

Dans cette traction, les ligaments utéro-lombaires sont fortement tendus; les ligaments utéro-ovariens très légèrement entraînés; les ligaments ronds ne subissent aucun changement. Le rectum n'a pas subi de changement; les culs-de-sac péritonéaux sont descendus par rapport au périnée, mais ont conservé leurs rapports ordinaires avec le col (4).

Dans le deuxième degré, pour attirer le museau de tanche tout à fait au dehors entre les grandes lèvres, il faut employer une force de 40 à 50 kilogrammes; 30 kilogrammes suffisent si les tractions sont répétées à plusieurs reprises, le rectum reste toujours immobile, et les rapports des culs-de-sac péritonéaux avec le col ne changent pas sensiblement.

M. Verneuil montre une pièce relative à la discussion actuelle sur le prolapsus utérin, et trouvée à l'École pratique, sur une femme d'environ soixante-cinq ans. En dehors des parties génitales existe une tumeur très volumineuse, facilement réductible, mesurant environ 40 centimètres depuis l'orifice de l'urèthre jusqu'au sommet constitué par le museau de tanche, un peu moins étendue en arrière, et offrant une largeur transversale de 6 à 7 centimètres. Le museau de tanche, qui est en continuité parfaite avec la face antérieure de la tumeur, présente un orifice très étroit et à peine du calibre d'une plume de corbeau; si l'on exerce des tractions sur la tumeur, on voit que la descente est manifestement arrêtée par les insertions du vagin, et que le prolapsus de ce conduit n'est pas complet en avant. La forme de la tumeur s'explique par la forme même du vagin renversé, dont la base élargie se trouve à la partie supérieure. La réduction est des plus faciles, car le vagin est très spacieux et admet très largement la main; l'urèthre, quand la tumeur est sortie, a une direction oblique et descendante qui s'explique par le déplacement de la vessie. Si l'on pratique le toucher rectal dans ces conditions, on sent un cylindre dur et ferme, et, si haut qu'on pousse le doigt, on ne peut atteindre le fond de la matrice, de sorte qu'ici il n'y a pas besoin de cathétérisme ni d'autre mode d'exploration pour reconnaître sûrement l'élongation du col. Si, au contraire, on touche par le rectum,

(4) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 23 avril 1859, séance de la Société de chirurgie du 13 avril.

après la réduction, il est impossible de rien sentir. Par le palper hypogastrique, on ne pouvait pas, après comme avant la réduction, sentir le fond de l'utérus. En examinant la pièce par l'intérieur de la cavité abdominale, voici ce qu'on observe. La vessie est très distendue; le cul-de-sac péritonéal antérieur n'a pas une très grande profondeur, il peut descendre à 3 centimètres au-dessous du clitoris. Le cul-de-sac postérieur ici n'existe pas, parce qu'il y a des adhérences entre la face postérieure de l'utérus et le rectum, mais on en retrouve quelques vestiges qui permettent de présumer qu'il ne descendait pas très bas; enfin, les annexes de l'utérus sont presque partout recouverts de fausses membranes; il n'y avait aucune tension des ligaments.

Voici maintenant les particularités relatives à l'utérus. Quand la tumeur est tirée le plus bas possible, le fond de l'utérus demeure encore totalement situé dans l'intérieur du bassin, et correspond environ à l'union des troisième et quatrième vertèbres sacrées; il y a donc élongation totale de l'organe. Le corps a presque conservé son volume ordinaire, ou du moins il est très légèrement hypertrophié; puis on arrive immédiatement sur le col, qui est très allongé, et dont la portion sous-vaginale n'existe plus. La longueur totale de l'utérus est approximativement de 42 à 45 centimètres; sa forme se rapproche un peu de celle du sablier, car il est effilé et grêle dans sa partie moyenne; la partie la plus étroite correspond à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Le cathétérisme utérin a été essayé par M. Guyon, qui a senti la sonde arrêtée à 5 centimètres au-dessus de l'orifice, et a constaté à ce niveau une oblitération complète. Cette impossibilité du cathétérisme a son importance, car on a cité des observations dans lesquelles on s'est fondé pour admettre la chute complète sur le peu de profondeur à laquelle pénétrait la sonde, et il pourrait se faire qu'au lieu d'arriver jusqu'au fond de la cavité, l'instrument eût été arrêté comme ici au milieu du col, et eût donné lieu de cette façon à une interprétation erronée. Il est encore facile de constater sur cette pièce l'exactitude d'une remarque de M. Huguier: ce chirurgien a indiqué que très souvent, en réduisant la tumeur, on se bornait à transformer en flexion le prolapsus, au lieu de le faire disparaître. On voit manifestement ici, lorsqu'on fait rentrer la tumeur dans le vagin, que le corps de l'utérus ne

bouge en aucune façon, et que le col, au contraire, se plie très facilement et peut ainsi donner le change.

De l'examen de cette pièce, disséquée avec le concours de M. Guyon, il résulte que :

1° L'oblitération de la cavité utérine siège exactement à 5 centimètres au-dessus du museau de tanche.

2° La cavité du corps de l'organe a conservé sa forme triangulaire normale.

3° L'élongation porte, non pas sur le col, mais presque exclusivement sur la partie inférieure du corps ou portion intermédiaire, ainsi que le témoigne la muqueuse, qui conserve exactement les mêmes caractères, depuis le fond jusqu'au niveau de l'oblitération.

4° En ce qui touche la vessie, on voit par l'insufflation de cette poche qu'elle entraine pour une très faible part dans le volume de la tumeur, et qu'elle était restée, au contraire, en grande partie dans l'intérieur du bassin. Elle offre intérieurement une disposition celluleuse très manifeste, et à l'extérieur une sorte d'étranglement ou de rainure circulaire qui lui donne la forme de bissac. L'uretère droit était très dilaté, sans qu'on ait trouvé la cause manifeste de cette dilatation.

5° Enfin, le constricteur de la vulve, au lieu d'être relâché et atrophie, comme on aurait pu le supposer *à priori*, était, au contraire, très développé et remarquable par l'épaisseur et la coloration rouge de ses fibres; il semblait avoir subi la même hypertrophie qu'on observe sur le crémaster dans les hydrocèles ou les hernies anciennes.

M. Verneuil cite à ce propos l'exemple d'une femme atteinte de chute de matrice qu'il a examinée récemment au bureau central, et qui porte au dehors de la vulve une tumeur excessivement volumineuse. Cette tumeur offre une particularité regardée comme fort rare, et qui consiste dans l'effacement complet du cul-de-sac vaginal postérieur; la réduction en est facile, mais quand on l'opère, on sent très manifestement les contractions énergiques du constricteur du vagin, qui doit être hypertrophié, comme dans la pièce actuelle.

M. Depaul : Relativement à l'élongation, je suis heureux de voir

ici la confirmation de l'opinion que j'ai soutenue à l'Académie, à savoir, que l'allongement ne porte pas sur le col, comme on l'avait dit, mais bien sur la partie inférieure du corps, appelée si l'on veut *intermédiaire*. Il est facile de voir, en outre, que l'allongement ne s'accompagne pas non plus d'hypertrophie, mais détermine bien plutôt un amincissement transversal, une sorte d'effilement avec diminution réelle dans l'épaisseur des parois utérines.

M. Houël appuie ce que vient de dire M. Depaul. Dans toutes les pièces de prolapsus utérin déposées au Musée, la portion dite *intermédiaire*, en même temps qu'elle s'est allongée, s'est manifestement rétrécie au lieu d'augmenter de volume. Quant à la disposition de la vessie, il est très rare qu'elle entre pour une part considérable dans le volume de la tumeur; car il n'y a jamais que le bas-fond, c'est-à-dire la portion limitée en arrière par les embouchures des uretères, qui se trouve entraîné, le reste continuant à se dilater au-dessus du pubis, comme dans l'état ordinaire.

M. Guyon : Je n'interviens dans la discussion qu'à l'occasion d'un point très limité et relatif à cette partie de la matrice que j'ai proposé d'appeler *intermédiaire*. En décrivant dans ma thèse les cavités de l'utérus, j'avais trouvé à l'union des cavités du corps et du col deux faits très remarquables : le premier, qui est en dehors de la question actuelle, a trait à l'emboîtement réciproque des plis de la muqueuse connus sous le nom d'*arbre de vie*; le second consiste en certaines modifications que présente aux différents âges la partie inférieure du corps de l'utérus, ou portion *intermédiaire*. Chez le fœtus, cette portion manque complètement; à l'époque de la puberté, au contraire, on la trouve assez étendue, et il est évident que c'est sur elle que porte le développement, car le col conserve les mêmes dimensions que chez le fœtus. Or, c'est aussi sur cette portion *intermédiaire* qu'il m'est arrivé de constater un amincissement ou rétrécissement très marqué dans un certain nombre d'affections utérines autres que le prolapsus; c'est également à son niveau qu'on trouve le plus ordinairement l'oblitération de la cavité, si fréquente chez les vieilles femmes. La pièce de M. Verneuil justifie pleinement à cet égard le résultat de mes recherches.

M. Legendre présente une pièce relative à une chute de matrice, recueillie sur un sujet de soixante ans environ, et qui offre une identité presque complète avec la pièce précédente montrée par M. Verneuil.

La tumeur, pendante entre les cuisses, avait le volume du poing et descendait à 4 ou 5 centimètres en dehors des grandes lèvres; elle portait à son extrémité inférieure une petite cicatrice ou un petit enfoncement tout à fait imperceptible, et qui n'est autre que la trace de l'orifice du museau de tanche. Le cul-de-sac vaginal postérieur mesure encore 3 centimètres; l'antérieur manque complètement; l'urèthre a la direction oblique descendante déjà signalée. Du côté des annexes existent des kystes volumineux, crétacés à droite, séreux à gauche, et qui n'ont peut-être pas été sans influence sur le prolapsus; par le palper hypogastrique, ces kystes empêchaient d'arriver sur le fond de l'utérus, mais on pouvait le sentir par le toucher rectal.

Le cul-de-sac péritonéal antérieur débordait inférieurement le pubis de 2 centimètres et était éloigné de 7 centimètres de l'orifice du col. Le cul-de-sac postérieur se trouve presque au même niveau et ne correspond qu'au corps de l'utérus. Les ligaments ne présentent aucune tension. Le corps de la matrice a ses dimensions ordinaires, mais il n'en est pas de même du col qui a subi un allongement considérable. La longueur totale de l'organe extérieurement est en effet de 43 centimètres; sa cavité en mesure 12; elle est partout perméable, excepté à l'orifice, qui est seul oblitéré.

Il résulte des détails précédents que l'opération de M. Huguier, si elle avait été ici applicable, n'aurait pas présenté, au point de vue de la lésion du péritoine, les dangers dont on a parlé peut-être avec trop d'exagération.

M. Legendre montre ensuite un dessin relatif aux expériences qu'il a entreprises avec M. le docteur Bastien sur le cadavre, et qui représentent le tiraillement le plus considérable qu'ils aient exercé pour produire un prolapsus complet sur le cadavre. Le sujet étant placé debout, on a attaché à l'extrémité du col un poids de 5 kilogrammes le premier jour, de 10 kilogrammes le second, et de 15 kilogrammes le troisième jour. On voit, par la disposition et les rapports respectifs du vagin, de la vessie et du péritoine,

qu'on est arrivé artificiellement aux mêmes résultats aussi exactement que dans la pièce anatomo-pathologique précédente; la seule différence résulte de la tension des ligaments larges et des replis de Douglas surtout, qui est ici très marquée, parce que la traction a été brusque au lieu d'être graduelle, comme dans le cas de chute spontanée de la matrice.

BLESSURE PRODUITE PAR L'UNE DES GRENADES FULMINANTES DU 14 JANVIER 1858. — PROJECTILE ARRÊTÉ DANS L'INTÉRIEUR DU CANAL MÉDULLAIRE. — FRACTURE SPIROÏDE DU FÉMUR. — OSSIFICATION DE LA MOELLE. — MORT. — Observation recueillie par M. DESCROIZILLES, interne des hôpitaux (1).

Marie Géraudon, âgée de quinze ans, née à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), domestique, est entrée, le 14 janvier 1858, au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne.

Placée sur le trottoir qui fait face au péristyle de l'Opéra, elle attendait l'arrivée de l'empereur, lorsque éclatèrent les trois grenades fulminantes. Atteinte au-dessus du genou gauche, elle est aussitôt renversée sans connaissance et foulée aux pieds. Quelques instants après, on la relevait, et tout d'abord on constatait l'existence d'une fracture de cuisse et d'une plaie au-dessus de l'articulation du genou. Un appareil de carton fut provisoirement appliqué, puis la blessée fut transportée à l'hôpital Lariboisière.

M. Voillemier fut aussitôt appelé. Il trouva au-dessus du genou gauche une plaie de forme circulaire, à circonférence irrégulière et légèrement contuse, de 10 à 12 millimètres environ sur tous ses diamètres. Cette plaie était située à 3 centimètres environ au-dessus de la base de la rotule, et sur une ligne verticale passant à 1 centimètre en dehors du bord externe de cet os. Le fémur du même côté était fracturé à sa partie moyenne, et la fracture était bien facile à reconnaître par la mobilité, la crépitation, et par un raccourcissement de 3 centimètres. — Ce soir-là, on appliqua un pansement simple sur la plaie, et un bandage de Scultet pour la fracture.

15 janvier. — La nuit s'est passée sans accident. A la visite du

(1) Bien que cette observation ait été déjà publiée dans le *Bulletin* de décembre 1858, nous avons cru devoir l'insérer ici de nouveau afin de la rapprocher du rapport de M. Broca. (Note du secrétaire.)

matin, le gonflement est nul ; la rougeur est à peine marquée, pas d'ecchymoses ; il existe un léger suintement à l'orifice d'entrée du projectile, mais le liquide qui s'écoule est séreux et très peu abondant. La sensibilité est très grande à la pression. Du reste, l'état général est bon. Le pouls n'est pas à plus de 400 à 405, la chaleur de la peau est modérée.

Un stylet est introduit par la plaie. M. Voillemier reconnaît un trajet obliquement dirigé en arrière et un peu en haut, mais il ne rencontre pas de corps étranger, il ne peut arriver non plus jusqu'à la surface de l'os.

Pas de phénomènes notables dans les jours qui suivent. La tuméfaction est toujours très légère, le liquide qui s'écoule par la plaie reste séreux, et plusieurs explorations successives ne peuvent faire rencontrer le projectile. Quant à la douleur, elle est toujours vive, et elle s'accompagne d'une fièvre intense, d'une agitation extrême, et d'autre part d'une sensibilité remarquable de la paroi abdominale, sensibilité qui pourrait faire croire à l'existence de contusions profondes des viscères. Le pouls, qui s'est élevé le troisième et le quatrième jour à 430, est retombé depuis à 405 ou 440. L'appétit est nul. Bien que la langue ait son aspect normal, il existe une constipation opiniâtre.

Vers les derniers jours de janvier, le gonflement augmente, le pouls dépasse 430. L'agitation est grande. La face s'altère rapidement. L'articulation, jusqu'alors intacte, est le siège de douleurs très vives et d'un peu d'empâtement. Du reste, il n'y a point de rougeur à la peau, et rien ne peut faire supposer encore l'existence d'un abcès en voie de formation.

3 février. — M. Voillemier introduit de nouveau un stylet d'argent dans la plaie. Il rencontre un corps à surface rugueuse, mobile, et qui semble facile à ramener au dehors. Le débridement est opéré de bas en haut dans une étendue de 2 centimètres, puis on extrait, par cette ouverture ainsi agrandie, non pas l'éclat de grenade qu'on s'attendait à retirer, mais un fragment d'os de 5 à 6 millimètres de diamètre et très inégal.

Du 3 au 6 février, le gonflement augmente d'une manière constante et rapide. Jusqu'alors la plaie n'a donné issue qu'à une sérosité trouble. Maintenant le liquide a les caractères du pus de mauvaise nature. Le pouls reste à 425 et au-dessus. L'agitation

est toujours très grande, les nuits sont mauvaises. A la constipation a succédé une diarrhée légère. La cuisse a pris une direction courbe, à concavité interne et inférieure. L'amputation paraît nécessaire ; elle est presque décidée pour le 7 février.

Le 7, une abondante quantité de pus a mouillé l'appareil depuis vingt-quatre heures. La tuméfaction est beaucoup moins considérable. Le poulx est retombé à 400. La nuit a été calme. On croit devoir différer l'amputation.

Du 7 au 15, l'amélioration persiste ; le gonflement continue à diminuer et la sensibilité paraît aussi moins grande. La plaie conserve un bon aspect, et le liquide qu'elle laisse couler n'est plus aussi franchement purulent. La malade signale encore par moments des douleurs vagues dans la région hépatique : le poulx se maintient à 90 ou 95. On commence à essayer des aliments solides, bien que l'appétit soit à peu près nul.

L'amélioration cesse à partir du 20 février, la tuméfaction reparaît, et le côté interne de l'articulation du genou présente un empâtement douloureux avec un peu de rougeur. Du reste, pas de traces du projectile. Les symptômes généraux répondent à l'état local. Le poulx est revenu à 430 et au delà. La face s'amaigrit de jour en jour, et les forces diminuent avec une égale rapidité. Les digestions sont mauvaises ; des vomissements ont lieu à des intervalles de plus en plus rapprochés. La diarrhée résiste à tous les moyens successivement employés : diascordium à la dose de 2 à 4 grammes, opium à la dose de 3 à 6 centigrammes en pilules, décoction blanche de Sydenham, tisane de riz.

Le 24, M. Voillemier pratique une contre-ouverture à 4 ou 5 centimètres en arrière de la plaie et sur une même ligne horizontale. Les deux ouvertures sont mises en communication l'une avec l'autre au moyen du stylet ; mais toutes les tentatives faites pour arriver jusqu'au projectile restent infructueuses.

Le 26, M. Broca, qui a remplacé M. Voillemier dans le service, fait substituer à l'appareil de Scultet, maintenu jusqu'à ce jour, une gouttière qui permet de s'assurer plus aisément de l'état des parties malades sans causer de déplacement. Même état, du reste, que l'avant-veille.

4^{er} mars. — Les pièces du pansement sont de nouveau mouillées par une très grande quantité de pus ; il est probable que la

collection purulente dont on soupçonnait la formation au côté interne du genou s'est mise en communication avec la plaie, et s'est écoulée par cette issue.

Une amélioration de quelques jours succède à cette évacuation spontanée. La tuméfaction a notablement diminué, la cuisse a presque repris son volume normal; mais le 8 mars un point remarquablement douloureux reparait sur la face antérieure de la cuisse. Cette sensibilité vive est bientôt suivie d'empâtement, puis de fluctuation obscure,

Une incision verticale de 5 centimètres donne issue à une abondante quantité de pus mêlé de sang clair, qui s'écoule en nappe sans qu'aucun vaisseau important paraisse avoir été lésé. A travers l'incision faite, on pénètre aisément jusqu'à un fragment rugueux, dont la pointe est tournée en bas, et dont on peut suivre la face externe sur une étendue de 3 à 4 centimètres.

A dater de ce jour, l'adynamie se prononce avec tous ses signes : amaigrissement extrême, diarrhée colliquative, vomissements continuels de matière bilieuse mêlée de débris d'aliments, disparition de tout appétit, formation d'eschares au sacrum, suppuration abondante et de mauvaise nature par l'incision nouvellement pratiquée.

Le 14, une rougeur érysipélateuse apparaît au pli de l'aîne, sur la paroi abdominale et sur la partie supérieure de la cuisse. Le lendemain elle s'est étendue à toute la cuisse et à la partie supérieure de la jambe.

Le 16, la rougeur a disparu presque partout, mais on constate l'existence de douleurs vives au côté gauche du thorax, avec un peu de matité, mais point de signes d'auscultation. On applique un vésicatoire sur le point douloureux.

Le 17, tous les phénomènes ont redoublé d'intensité. La dyspnée n'a point cédé à l'application du vésicatoire, les vomissements sont continuels; le pouls est à 140, filiforme, mais régulier. Point de frissons, du reste, point de teinte ictérique, point de douleurs articulaires, pas de symptômes cérébraux; en un mot, aucun des signes principaux de l'infection purulente.

La malade succombe dans la nuit du 17 au 18, entre deux ou trois heures.

L'autopsie a été faite trente heures après la mort; on n'a pu

examiner que le membre blessé. La tuméfaction est encore considérable, bien qu'elle ait beaucoup diminué dans la quinzaine qui a précédé la mort. Avec un raccourcissement de 3 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure à la base de la rotule, existe une courbure très marquée, à concavité inférieure et interne. On peut très aisément, en agissant sur le fragment inférieur, ramener le membre à sa direction rectiligne.

La peau est intacte sur tous les points; les bords de la plaie primitive, comme ceux de l'incision pratiquée en dernier lieu, sont exempts de rougeur et de tuméfaction. En prolongeant de haut en bas cette dernière incision, on arrive sur une vaste collection purulente à parois formées, d'une part par la couche osseuse, recouverte de tissu noirâtre, sphacélé, et d'autre part par la couche musculuse, également sphacélée dans presque toute son épaisseur. Son extrémité supérieure correspond à une ligne transversale qui passerait à 3 centimètres au-dessous des trochanters. Inférieurement elle ne dépasse pas la partie la plus élevée des condyles du fémur. Un autre abcès existe dans l'épaisseur de la couche musculaire, au niveau de la moitié supérieure du vaste interne : aucune communication n'existe entre les deux abcès.

L'os lui-même est facilement mis à nu; le périoste est en partie détruit, ses deux fragments sont séparés l'un de l'autre, et l'on ne trouve pas de traces de consolidation; le supérieur se dirige obliquement en bas et en dehors, et sa pointe, très saillante, explique la sensation que l'on percevait en introduisant le doigt par l'incision pratiquée peu de jours avant la mort, et qui faisait croire à l'existence d'un fragment conique détaché du corps de l'os.

On cherche en vain le projectile dans l'épaisseur des parties molles. •

L'os est désarticulé par les deux extrémités. Les deux articulations sont saines. La ligne de séparation des deux fragments commence à 4 centimètres au-dessous du petit trochanter et s'arrête à 19 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Elle est donc très oblique en bas et en dehors. Le fragment supérieur est taillé en V, à branches un peu courbes, et dont la pointe correspond à la face externe du fémur. Le fragment inférieur présente une disposition inverse: mais des productions osseuses très irrégulières ont éloigné l'un de l'autre les deux fragments sans

déterminer d'adhérence. Du côté du fragment inférieur, on découvre la moelle ossifiée dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

A 7 centimètres de l'interligne articulaire du genou existe un orifice irrégulier par lequel le projectile a évidemment pénétré; et, en effet, un trait de scie vertical permet d'arriver sur le corps étranger qui s'est logé dans une cavité de la substance spongieuse, un peu au-dessous de l'extrémité inférieure du canal médullaire. Cette cavité, très irrégulière, de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de diamètre d'avant en arrière sur 1 centimètre en hauteur, est plus rapprochée de la partie postérieure que de la partie antérieure de l'os. Elle n'est limitée en arrière que par une lame osseuse de 2 millimètres à peine d'épaisseur, entièrement nécrosée, et dont une petite partie s'est même déjà complètement détachée.

Le projectile lui-même a la forme d'un coin. Il a 10 à 12 millimètres en hauteur de la base au sommet, 3 à 4 d'épaisseur à la base, 5 à 6 de l'une à l'autre des faces parallèles. Il est, du reste, identique avec ceux que M. Voillemier a déjà décrits.

Rapport sur l'observation précédente, par M. P. BROCA.

La pièce remarquable que M. Descroizilles vous a présentée provient d'une jeune fille de quinze ans qui fut blessée devant l'Opéra, dans la soirée du 14 janvier 1858. Avant de vous soumettre les réflexions que ce fait important m'a suggérées, je vous demanderai la permission, messieurs, de vous rappeler les principaux détails de l'observation.

Cette jeune fille reçut à la partie inférieure de la cuisse, un peu en dehors et un peu au-dessus de la rotule, un éclat de bombe fulminante qui pénétra jusqu'au squelette. Elle tomba aussitôt sans connaissance, et il paraîtrait qu'au milieu de l'épouvante universelle, elle aurait été foulée aux pieds. Ce renseignement, consigné dans l'observation, n'a peut-être pas toute la certitude désirable; néanmoins je le reproduis ici sous toute réserve, parce qu'il devra être pris en considération lorsque nous chercherons l'explication de certains désordres qui n'ont pu être produits par l'action directe du projectile.

La victime fut relevée au bout de quelques instants et transportée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Voillemier, qui constata le soir même, outre la plaie de la partie inférieure de la cuisse, une fracture évidente paraissant située vers le tiers moyen du fémur. Ignorant le volume et le trajet du projectile, qui était testé enseveli dans l'épaisseur du membre, M. Voillemier dut croire, comme je le crus moi-même quelque temps après, lorsque je le remplaçai dans son service, que la fracture du fémur avait été produite directement par le projectile. Cette supposition, qui était la plus naturelle et presque la seule plausible, n'a pas été confirmée par l'autopsie, et c'est un point sur lequel nous aurons à revenir tout à l'heure.

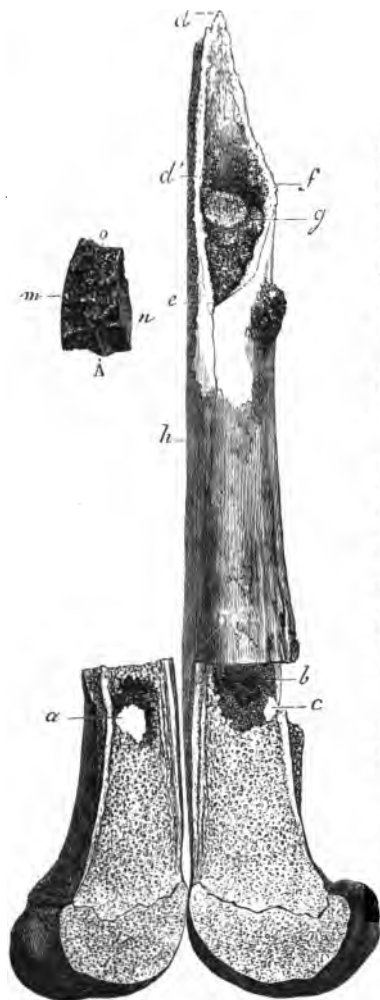
Je crois inutile, messieurs, de vous rappeler jour par jour l'histoire des accidents qui vinrent compliquer cette double lésion déjà si grave en elle-même. Le traitement fut dirigé aussi consciencieusement que possible ; mais M. Voillemier se trouva, et moi-même après lui, en présence de circonstances qui ne nous laissèrent pas toute notre liberté d'action. La jeune fille était à peine âgée de quinze ans. On ne pouvait prendre le parti décisif de l'amputation sans l'assentiment formel de sa famille, et celle-ci, fixée dans une province éloignée, était représentée à Paris par une dame peu disposée à comprendre les exigences de la chirurgie. Après une vive réaction inflammatoire, accompagnée d'un gonflement considérable qui remontait jusqu'au milieu de la cuisse, il y eut une certaine amélioration qui permit de songer à pratiquer l'amputation consécutive au tiers supérieur du fémur. On avait même pris jour pour le 7 février, lorsque l'amélioration toujours croissante fit naître l'espoir de conserver le membre. Mais cette amélioration fut passagère, et lorsqu'elle fit place à une nouvelle aggravation, l'idée de l'amputation, difficilement acceptée une première fois par la protectrice de la jeune fille, souleva chez cette dame une répugnance qu'il fallut bien respecter. Des fusées purulentes se formèrent. Le 24 février, M. Voillemier fut obligé de pratiquer une contre-ouverture à la partie postéro-externe de la cuisse. Il fit en même temps de vaines tentatives pour découvrir le projectile, et vous verrez tout à l'heure que ces tentatives devaient nécessairement échouer. Le 26 février, je succédai à M. Voillemier dans son service. De nouvelles fusées purulentes s'étaient

produites ; le gonflement remontait jusqu'au voisinage des trochanters ; déjà il fallait renoncer à l'idée de couper la cuisse dans la continuité, et la seule amputation praticable était la désarticulation coxo-fémorale. L'état général s'était d'ailleurs notablement aggravé. Lorsqu'on me questionna sur le degré de gravité de l'opération qui était maintenant la seule ressource de la chirurgie, je ne crus pas devoir en dissimuler les dangers, et j'essayai un refus qui me contraignit à attendre sans espoir un événement désormais inévitable. Le 8 mars, il fallut ouvrir un énorme abcès qui s'était formé au milieu de la cuisse, au niveau du foyer de la fracture. Le doigt, introduit dans la plaie, découvrit un long fragment osseux pointu et dénudé appartenant manifestement au segment supérieur du fémur. Une suppuration ichoreuse, fétide, extrêmement abondante, s'échappa les jours suivants par toutes les ouvertures, et la jeune fille, épuisée en outre par une diarrhée colliquative, n'avait plus que quelques jours à vivre, lorsqu'un érysipèle qui gagna rapidement la cuisse et la paroi abdominale, accéléra sa mort et mit fin à ses souffrances.

L'autopsie ne put être faite. La dame trop sensible qui avait entravé notre traitement voulut donner à sa malheureuse protégée une dernière marque de son affection, et ne nous permit pas d'examiner les viscères. Il fallut donc se borner à l'examen de la cuisse. M. Descroizilles a décrit dans son observation la disposition des parties molles de ce membre ; je n'ai rien à y ajouter, mais j'aurai à vous soumettre quelques réflexions sur l'état du fémur en mettant de nouveau sous vos yeux cet os qui vous a déjà été présenté dans le temps par M. Descroizilles, et qui est déposé aujourd'hui au musée Dupuytren.

Ce qui frappe au premier abord, c'est l'existence d'une fracture très oblique située au tiers supérieur du fémur, et, par conséquent, bien au-dessus du point où le projectile a pénétré dans le membre. Cette fracture, à cause de son excessive obliquité, remonte beaucoup plus haut que nous ne l'avions pensé pendant la vie. Nous avions admis, en outre, que la solution de continuité de l'os avait été produite par le choc du projectile, et nous nous attendions à trouver celui-ci, soit dans le foyer de la fracture, soit dans l'épaisseur des chairs environnantes. Mais toutes les recherches faites au moment de l'autopsie par M. Descroizilles et ses collègues furent

vaines. Le corps étranger ne se trouva ni dans les muscles, ni sous la peau, ni entre les fragments de l'os, et l'on put se de-



La grande figure représente le fragment inférieur du fémur (deux tiers de la grandeur naturelle). L'extrémité inférieure de cet os est scisée en long jusqu'au niveau du point frappé par le projectile.

a, ouverture d'entrée du projectile.

b, le projectile contenu dans le canal médullaire et situé plus haut que l'ouverture d'entrée.

c, petite perforation située vis-à-vis de l'ouverture d'entrée et résultant de la chute d'un petit séquestre nécrosé par le choc du projectile.

d *e*, la fracture spiraloïde.

dd', le trait vertical de cette fracture se continuant sur le corps de l'os sous forme de fêlure longitudinale.

dfe, le trait spiral de la fracture.

dd'efd, le canal médullaire ouvert très obliquement sous la forme d'un énorme bec de plume, et circonscrit de toutes parts par un anneau de tissu compacte nécrosé, au delà duquel commencent les ossifications périostales.

g, ossification nouvelle dans le canal médullaire, faisant saillie au-dessus du plan de la fracture sous la forme d'un champignon.

La petite figure A représente en grandeur naturelle le fragment de bombe fulminante arrêté dans le canal médullaire du fémur: M, face convexe de ce fragment; N, sa face concave; O, son bord tranchant.

mander un instant s'il n'était pas ressorti par l'ouverture d'entrée. Mais l'examen avait été fait rapidement, et même un peu à la dé-

robée, le matin, avant l'heure de la visite. M. Descroizilles, pressé par le temps, fit à la hâte les incisions nécessaires pour enlever le fémur, et la pièce venait d'être extraite lorsque j'arrivai à l'hôpital. Nous vîmes alors qu'il existait à la partie inférieure du fémur, à 7 centimètres seulement au-dessus de l'interligne articulaire du genou, et à 12 centimètres au-dessous de l'extrémité inférieure de la fracture, un orifice irrégulier, paraissant fait à l'emporte-pièce, ayant environ 12 millimètres dans sa plus grande longueur, et pénétrant jusqu'au canal médullaire. La paroi opposée de l'os n'était point perforée : il était clair que cette lésion avait été produite par l'action directe du projectile ; mais c'était en vain qu'on explorait, soit avec l'œil, soit avec le stylet, le fond de cet orifice, on n'y découvrait aucun corps étranger. J'en conclus que le projectile, parvenu dans le canal médullaire, avait dû glisser dans cette cavité et se porter soit au-dessus, soit au-dessous de l'ouverture d'entrée ; un trait de scie vertical fut pratiqué avec soin, et nous trouvâmes effectivement que le corps étranger s'était logé au-dessus de l'ouverture d'entrée, dans l'épaisseur de la substance spongieuse très raréfiée qui limite l'extrémité inférieure du canal de la moelle. C'était un fragment de bombe taillé en forme de coin, ou plus exactement en tronc de pyramide quadrangulaire, long de 42 millimètres, épais de 5, large de 6, terminé d'un côté par une surface convexe empruntée à une courbure de sphère, et de l'autre côté par une surface concave beaucoup moins étendue, empruntée à une sphère concentrique à la précédente et d'un rayon plus petit. Enfin, on apercevait sur l'une des faces de la pyramide l'empreinte d'un demi-pas de vis creusé dans l'épaisseur du métal pour recevoir une des cheminées qui pénétraient jusque dans la cavité de la bombe.

Le projectile, après avoir défoncé la paroi antérieure du canal médullaire, n'avait pas eu assez de force pour perforer la paroi postérieure, sur laquelle il avait glissé de bas en haut ; mais il l'avait violemment contuse, et l'ébranlement reçu en ce point par la lame compacte avait été suffisant pour en déterminer la mortification. Le périoste correspondant était soulevé dans une étendue de plus de 4 centimètre, et le séquestre était déjà en voie d'élimination.

Ainsi, d'une part une fracture très oblique située au tiers supérieur du fémur, d'une autre part une perforation sans fracture située beaucoup plus bas à l'extrémité inférieure du canal médullaire : telles sont les deux lésions que nous présente cet os, et il me paraît certain qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre. Il me paraît tout à fait impossible qu'un projectile aussi peu volumineux ait pu déterminer, outre la perforation au fond de laquelle on l'a retrouvé, une grande fracture par contre-coup à l'extrémité opposée du fémur. La fracture a donc dû se produire, soit immédiatement après la blessure, lorsque la jeune fille est tombée sur le trottoir, soit quelques secondes plus tard, lorsqu'elle a été foulée aux pieds par ses voisins. Mais cette dernière supposition me paraît moins vraisemblable que l'autre, parce que les caractères de la fracture indiquent qu'elle a été déterminée très probablement par une cause indirecte. Ces caractères, que je vais maintenant indiquer, ne s'observent guère que dans les fractures qui se produisent dans les chutes sur les pieds ou sur les genoux, lorsque le corps est entraîné en même temps dans un mouvement de rotation.

La fracture du fémur, comme je l'ai déjà dit, est extrêmement oblique ; elle commence à 4 centimètres au-dessous du petit trochanter, et s'arrête, après un trajet de 7 centimètres, à 49 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Malgré les dépôts osseux abondants qui se sont formés sur les deux fragments, la direction et la disposition de ceux-ci sont encore parfaitement évidentes, parce que les ossifications fournies, les unes par la moelle, les autres par le périoste, ont entièrement laissé à nu le tissu compacte qui limite sur les deux fragments le foyer de cette vaste fracture. On peut donc s'assurer aisément que la fracture appartient à cette variété singulière décrite par Gerdy en 1852, sous le nom de *fracture spiroïde*, variété plus complètement étudiée ensuite par M. Gosselin et par son élève M. Bourcy, sous le nom de *fracture cunéenne* ou en V. Un trait linéaire et vertical, long de 7 centimètres, limite en arrière le foyer de la solution de continuité, et les deux extrémités de ce trait vertical sont unies par un tour de spirale allongé qui contourne très obliquement le corps du fémur. Il en résulte que les deux fragments se terminent en pointe longue et aiguë, et que le canal médullaire, coupé suivant

une direction presque parallèle à son axe, présente sur chaque fragment la forme d'un énorme bec de plume. (Voy. la fig., p. 6.)

Dans un intéressant travail que la Société de chirurgie a publié dans le cinquième volume de ses *Mémoires*, M. Gosselin a fait connaître la gravité de ces fractures en V, et, en signalant la fréquence de l'infection purulente consécutive, il a placé le point de départ de cette infection dans le tissu de la moelle largement ouvert, ramolli et putréfié au milieu d'un vaste foyer. Cette opinion a soulevé quelque opposition dans le sein de la Société de chirurgie. Je pense, pour ma part, que les fractures cunéennes sont moins graves qu'on n'a pu le croire dans l'origine. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces fractures, quoique susceptibles d'être diagnostiquées aujourd'hui, n'ont été découvertes que par les recherches anatomo-pathologiques, et celles-ci, naturellement, n'ont pu être faites que dans les cas où des accidents fâcheux avaient entraîné la mort ou rendu l'amputation nécessaire. Maintenant que la fracture en V est mieux connue, maintenant qu'on peut la reconnaître sur le vivant dans beaucoup de cas, il est permis d'en rappeler du premier pronostic. J'en ai vu plusieurs exemples qui ont bien guéri; et d'ailleurs, à défaut d'expérience récente, l'expérience ancienne pourrait suffire, car il se confirme de plus en plus que la plupart des fractures obliques de la jambe, de ces fractures si difficiles à réduire et à maintenir, qui ont conduit M. Malgaigne à inventer sa vis à pointe; il se confirme, dis-je, de plus en plus que la plupart de ces fractures sont des fractures en coin, et l'on sait que de tout temps on en a guéri un grand nombre avec ou sans difformité.

La pièce actuelle, quoique provenant d'un sujet qui a succombé, pourrait presque être invoquée comme une preuve de la curabilité des fractures en coin, car les accidents signalés par M. Gosselin, le ramollissement, la suppuration et la putréfaction de la moelle, ne se sont point manifestés, et les symptômes de l'infection purulente ont également fait défaut. Malgré la complication si grave d'un projectile irrégulier lancé par la poudre fulminante, malgré les fusées purulentes dont ce projectile a provoqué la formation, enfin, malgré le vaste foyer de suppuration au sein duquel baignaient les longs fragments du fémur, la moelle, divisée et ouverte dans une très grande étendue, au lieu de se dissocier et de se pu-

tréfier, est devenue le siège d'un très remarquable travail de réparation. Un bouchon osseux, constitué par un tissu spongieux très fin, obture complètement l'ouverture du canal médullaire et forme même sur le fragment inférieur une végétation arrondie, grosse comme une noisette, qui fait saillie au-dessous de la surface de la fracture. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cette végétation, implantée sur l'orifice du canal médullaire, et en continuité avec la moelle proprement dite, est tout à fait indépendante du tissu osseux et du périoste. Celui-ci a été décollé de toutes parts dans une étendue de plusieurs millimètres, et le tissu compact, entièrement dépouillé de sa membrane vasculaire, a cessé de vivre depuis le jour de l'accident. Le trajet de la fracture est donc aussi net, aussi blanc, que si la fracture avait été produite sur un squelette desséché; un séquestre annulaire, ou plutôt elliptique, se serait évidemment détaché de chaque fragment si la malade eût vécu quelques mois, et c'est seulement au delà de cette zone nécrosée que commencent les ossifications périphériques d'origine périostale. Les parties osseuses de formation nouvelle qui ont pris naissance dans le foyer de la fracture proviennent donc de deux sources bien distinctes. Les unes ont été sécrétées par le périoste et les autres par la moelle, et comme il n'existe entre elles aucune continuité, aucune communication, comme elles sont séparées de toutes parts les unes des autres par une couche épaisse de tissu compact mortifié depuis le premier jour, l'idée de leur assigner une commune origine ne peut même pas se présenter à l'esprit.

Gardez-vous de croire, messieurs, que ce phénomène soit exceptionnel; il n'y a d'exceptionnel ici que l'évidence de la démonstration: dans toute fracture qui se consolide, dans tout os amputé qui se cicatrise, dans toute résection étendue jusqu'au canal médullaire, et suivie de guérison, une masse osseuse plus ou moins abondante se forme constamment à la surface de la moelle divisée, et obture définitivement en ce point la cavité du canal médullaire. Il n'y a d'exception à cette règle que dans les cas relativement assez rares de fractures sans aucun déplacement; car on trouve alors, en faisant l'autopsie longtemps après la consolidation, que la moelle du fragment supérieur se continue sans interruption avec celle du fragment inférieur, soit que l'oblitération du canal médullaire n'ait été que transitoire, soit qu'elle n'ait jamais existé,

et que la plaie de la moelle se soit réunie par première intention. Au surplus, le fait que je vous signale, c'est à-dire la formation d'un bouchon osseux à l'extrémité de la moelle divisée, est connu et admis de tout le monde; et il n'a jamais été, que je sache, mis sérieusement en contestation. Seulement on a prétendu que ce bouchon osseux n'était dû ni à l'ossification de la moelle, ni à l'ossification d'un blastème sécrété par la moelle, et qu'il provenait toujours d'un prolongement du cal extérieur ou périostique, étendu par voie de continuité jusque dans le canal médullaire. En d'autres termes, on a cru pouvoir attribuer exclusivement à une propriété spéciale du périoste la formation de toutes les productions osseuses d'origine traumatique, et cette théorie erronée n'est qu'un cas particulier d'une théorie plus générale, qui fait découler du périoste tous les phénomènes de formation, d'accroissement, de nutrition et de réparation du tissu osseux.

Je ne puis songer ni à exposer ici tous les faits, toutes les expériences, tous les arguments sur lesquels repose cette doctrine. Vous savez que le célèbre Duhamel, qui fut sinon le fondateur, du moins le précurseur de la physiologie pathologique, eut le premier l'idée d'étudier le développement et la nutrition des os sur les animaux soumis au régime de la garance. Croyant à tort, comme on le croit encore assez généralement aujourd'hui, que la garance ne colorait que le tissu osseux en voie de formation, et trouvant que, chez les animaux sacrifiés pendant la durée du régime, la couche la plus colorée était toujours située sous le périoste, — ce qui est, du reste, parfaitement vrai, — il en conclut que cette membrane était l'organe générateur du tissu osseux. Cette opinion le conduisit à instituer des expériences directes sur le périoste. Il détruisit partiellement cette membrane, il la souleva de diverses manières, la sépara de l'os par des corps étrangers métalliques, et découvrit ainsi une des vérités les plus certaines, un des phénomènes les plus constants et les plus féconds en résultats pratiques, savoir : que le périoste possède une merveilleuse propriété ostéoplastique. Cette grande et belle découverte suffirait à elle seule pour rendre impérissable le nom de Duhamel; mais elle souleva presque aussitôt une vive opposition, parce que ce savant en avait tiré par induction deux conséquences erronées. Ayant étudié à la fois le phénomène de l'accroissement en diamètre sur les os longs des jeunes

animaux et sur le tronc des arbres, il avait établi entre ces deux phénomènes un rapprochement ingénieux. Suivant lui, la couche profonde de l'écorce, qui porte le nom de *liber*, se formait aux dépens du *cambium* ou suc plastique des végétaux; puis la couche profonde du *liber* se transformait en aubier, et l'aubier, l'année suivante, se transformait en bois. De même, chez les animaux, le suc nutritif formait incessamment de nouveaux feuillets de périoste, et ceux-ci passaient ensuite à l'état osseux par un second travail, qui constituait la dernière période de l'ostéogénèse. Ainsi, pour Duhamel, le périoste était l'agent exclusif de l'ossification; non-seulement, — première erreur, — il en fournissait tous les éléments, mais encore, — seconde erreur, — il s'ossifiait lui-même. Je passe sous silence tout ce qui est relatif à la résorption incessante des couches internes, phénomène très nettement indiqué par lui, mais plus complètement étudié dans notre siècle par M. Flourens.

Telle fut la double théorie de Duhamel sur le développement des os et sur le développement des arbres (4). Ces deux théories paraissaient s'étayer mutuellement; mais elles n'étaient pas plus exactes l'une que l'autre. Reposant toutes deux sur des faits expérimentaux qui ont été confirmés par les recherches modernes, elles renfermaient l'une et l'autre des erreurs partielles qui devaient tôt ou tard les rendre inadmissibles. Ce n'est pas ici le lieu d'analyser la théorie de l'accroissement des végétaux; je me bornerai à dire que la transformation du *liber* en aubier est tout à fait imaginaire, comme l'est, du reste, la prétendue transformation du périoste en os.

Lorsque parut la théorie de Duhamel, il y avait dans la chirurgie une réaction presque générale contre l'antique doctrine de la régénération des chairs. On avait jadis admis sans preuve que tous les tissus de l'économie avaient la propriété de se reproduire; on croyait que les organes complexes eux-mêmes pouvaient renaitre après avoir été détruits; on racontait, par exemple, que la verge et la langue des hommes avaient pu repousser après l'amputation, comme la queue des salamandres, et l'on attribuait ces effets mer-

(4) Duhamel, sept *Mémoires sur les os*, etc., dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1739, 1741, 1742 et 1743.

veilleux à la puissance de la *Nature médicatrice*, sorte de providence intérieure et individuelle toujours occupée à entretenir l'intégrité de l'organisme. Cette croyance, née dans l'antiquité païenne, remontait à l'époque où, pour expliquer les phénomènes de la nature, on plaçait une naïade dans chaque fontaine et dans chaque arbre une hamadryade. Accepté et développé dans le moyen âge, le dogme de la nature médicatrice avait survécu, comme tant d'autres, aux superstitions du paganisme, et au xvi^e siècle il avait trouvé grâce devant la critique trop indulgente des premiers rénovateurs de la science. Il s'étalait dans tous les livres et régnait dans tous les esprits, lorsque le scepticisme du xviii^e siècle inaugura une ère nouvelle. On commença alors à s'apercevoir que les phénomènes attribués à l'initiative de la nature médicatrice dépendent purement et simplement de l'application des lois générales et immuables de l'organisme, et que ces lois entrent en jeu toutes les fois qu'un accident leur donne prise, quelquefois avec inconvénient, plus souvent avec avantage, et toujours sans but déterminé.

Il ne s'agissait plus que de découvrir ces lois jusqu'alors inconnues, œuvre bien longue et bien périlleuse, et qui aujourd'hui encore, après un siècle de recherches assidues, est loin d'être terminée. Tant que ces lois ne seront pas entièrement découvertes, tant qu'il restera dans les phénomènes de l'organisme malade des obscurités et des mystères, il y aura des esprits qui trouveront plus commode de trancher la difficulté en ayant recours à la supposition de la nature médicatrice. Il y a donc encore des *naturistes*, et je n'ai pas l'ambition de dissiper les illusions de leur croyance facile.

J'ai dit que la première réaction contre le naturisme datait du xviii^e siècle. A cette époque, on examina pour la première fois la doctrine de la régénération des chairs, et l'on ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle était fautive dans sa généralité. Il suffit, en effet, d'examiner les choses d'un œil non prévenu pour reconnaître que, dans les plaies avec perte de substance, la cicatrisation n'est point due à la reproduction intégrale des tissus; que la peau et les muscles, une fois détruits, n'ont pas, comme le phénix, la propriété de renaître de leurs cendres, et que les cicatrices extérieures possèdent une structure spéciale différente de celle des tissus qu'elles

remplacent. Dès que cette remarque fut faite, le dogme antique de la régénération des chairs fut ébranlé dans sa base. Il devint l'objet d'une réaction, qui, comme la plupart des réactions, dépassa le but qu'il fallait atteindre. On alla jusqu'à nier, non-seulement la régénération des parties détruites, mais encore toute régénération quelconque; on nia jusqu'à la formation du tissu cicatriciel qui ferme les pertes de substance; on prétendit que celles-ci ne se comblent jamais, et que si elles paraissent le faire, cela tient à l'affaissement ou à l'ampliation des parties environnantes. Cette doctrine, aussi fausse que la précédente, fut accueillie et sanctionnée après de longs débats par l'Académie royale de chirurgie (1). Il a fallu bien des recherches et bien des expériences pour faire revenir les esprits de cette nouvelle prévention, et pour démontrer que si, chez les animaux supérieurs, les *organes complexes* ne se régénèrent pas, la plupart des *tissus*, le tissu nerveux lui-même, et même *certaines organes simples*, peuvent du moins se régénérer dans beaucoup de cas. Les travaux modernes ont donc réhabilité la doctrine de la régénération des tissus, mais ils l'ont en même temps débarrassée des erreurs naturistes qui l'avaient rendue insoutenable. Ils ont révélé les causes de la régénération et les lois qui la régissent. Nous savons aujourd'hui que les tissus nouveaux prennent naissance au sein d'une exsudation plastique, d'un blastème qui s'organise, et participe désormais à la vie commune; que cette organisation, dans sa forme la plus simple, aboutit à la formation du tissu *inodulaire*, dont les éléments ne diffèrent pas de ceux du tissu cellulaire, — et que, dans une forme plus avancée, le blastème revêt une organisation analogue à celle des tissus avec lesquels il est en contact. C'est ce qu'on appelle la *loi d'analogie de formation*, découverte par Vogel, loi bien simple et bien admirable, dont les résultats sont souvent merveilleusement utiles, mais qui, comme toutes les lois de l'organisation, s'applique d'une manière aveugle, et entraîne quelquefois des conséquences désastreuses. L'étude de la nécrose invaginée ne le prouve que trop.

Ceci nous ramène à la régénération des os. Avant que la doc-

(1) Voy. surtout le mémoire de Fabre et celui de Louis dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 74 et p. 106. In-4, Paris, 1768.

trine de la régénération des tissus eût été attaquée dans son ensemble, Duhamel, comme on vient de le voir, avait attribué au périoste la fonction exclusive de donner naissance à l'ossification normale ou pathologique. L'accroissement et la régénération des os, ainsi que la formation du cal, étaient attribués par lui à l'ossification des couches les plus profondes du périoste. Le grand Haller et ses élèves mirent en doute cette ossification du périoste, et expliquèrent les formations osseuses par l'organisation d'un suc exhalé des vaisseaux, et désigné par eux sous le nom de *suc osseux* (1). Ils eurent le tort de considérer ce suc comme une substance toute spéciale; ils ne virent pas que la forme qu'il revêt en s'organisant dépend, en grande partie, de la nature des tissus au sein desquels il est exhalé, et non de sa nature particulière; ils méconnurent qu'un suc plastique exactement semblable s'épanche fréquemment dans d'autres parties du corps et y revêt une organisation différente; en d'autres termes, ils passèrent, sans l'apercevoir, à côté de la loi d'*analogie de formation*. A part ce détail, purement théorique, l'école de Haller était dans la vérité, et l'étude des régénérations osseuses était sur le point de devenir positive et complète, lorsque l'Académie de chirurgie, en repoussant la doctrine de la régénération des chairs, fut conduite à nier du même coup la reproduction du tissu osseux. C'était nier l'évidence, mais on ne s'en inquiétait guère. Il y a toujours des esprits qui sont prêts à faire incliner les faits devant la théorie. Cette erreur, qui consistait à nier la régénération osseuse, ne fut ni passagère, ni circonscrite à un petit nombre de personnes. Elle devint promptement générale, elle ne disparut même pas devant les beaux travaux de Troja, ni devant les importantes observations de David. En 1784, Brun, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, à Toulouse, lut à l'Académie de cette ville un mémoire plein d'aigreur, où il se répandait en invectives contre les partisans de la régénération (2). L'éveil marcha sur ses traces, et à plusieurs reprises il se laissa

(1) Voy. Haller et Delleef, *De ossium formatione*, dans *Halleri opera minora*, t. II, p. 460. In-4, Lausanne, 1767. — Bordenave, deux *Mémoires sur les os*, dans la collection de Fougereux sur les os. In-8, Paris, 1770. — Fougereux, deux *Mémoires sur les os*. In-8, Paris, 1770.

(2) On trouvera un extrait de ce mémoire à l'article *Nécrose* du *Dictionnaire des sciences médicales*, par Ribes.

aller à prodiguer les injures les plus grossières à ceux de ses contemporains qui accordaient au tissu osseux la propriété de se régénérer (1). Pour lui, l'os nouveau qui remplace le séquestre est dû à l'hypertrophie excessive d'une parcelle osseuse qui a échappé à la mortification; hors de cette opinion, il n'y a point d'honnêtes gens. Richerand, plus modéré que Lèveillé, adopta les mêmes erreurs (2), et y resta fidèle, car il est probable que l'article RÉGÉNÉRATION, publié en 1820 dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, est sorti de sa plume. Enfin, ce n'est pas sans regret que l'on voit Bécлар lui-même prêter l'appui de son autorité à une doctrine que Lèveillé avait imposée à ses contemporains par une sorte d'intimidation (3).

La cause de cet aveuglement et de cette obstination gît certainement dans l'insuffisance de la théorie de Duhamel, qui régnait à cette époque, et qui compte encore de nos jours de nombreux partisans, théorie dont les défauts frappaient l'esprit de beaucoup d'observateurs. On se figurait qu'il fallait choisir entre cette théorie exclusive et la négation de toute régénération osseuse, et l'on oubliait qu'à côté de ces deux doctrines il y en avait une troisième, sur laquelle il eût suffi de jeter les regards pour faire disparaître tant d'incertitudes et de contradictions.

Déjà Haller, et avec lui Detleef et Bordenave, avaient démontré que les ossifications nouvelles s'effectuent aux dépens d'un suc plastique exhalé des vaisseaux. Troja, qu'on s'obstine, faute de l'avoir lu, à présenter comme partisan de Duhamel, avait également reconnu la présence et le rôle de ce suc plastique; et il avait même démontré que le périoste n'est pas l'agent exclusif de l'ossification, puisqu'il avait obtenu, dans ses expériences, la formation d'un os nouveau, dans l'intérieur du canal médullaire, chez les animaux sur lesquels il avait complètement détruit le périoste (4).

(1) Voy. surtout *Considérations générales sur la nécrose*, p. 256 et 265, à la suite de l'édition française des *Mémoires de physiologie et de chirurgie* de Scarpa. In-8, Paris, 1804.

(2) Richerand, *Nosographie chirurgicale*, t. II, p. 97, première édition. Paris, 1805.

(3) Bécлар, *Réflexions sur la nécrose et sur le cal*, dans le *Bulletin de la Faculté de médecine*, t. III, p. 426. In-8, Paris, 1813.

(4) Mich. Troja, *De novorum ossium regeneratione experimenta*. In-12, Paris, 1775. — Troja a obtenu dans des conditions très diverses la formation d'un os nou-

J. Hunter fit un pas de plus, en contestant que le prétendu *sue osseux* fût un produit spécial, et en l'assimilant à la lymphe coagulable que l'inflammation sécrète dans toute autre circonstance. C'était un progrès important, parce qu'il est certain que les produits inflammatoires exhalés au contact des os ont de la tendance à s'ossifier, mais ce n'était pas toute la vérité, parce qu'il est également certain que cette propriété n'appartient pas exclusivement aux produits de l'inflammation, mais à tous les blastèmes organisables, inflammatoires ou non, qui viennent à s'épancher au contact du tissu osseux. Hunter s'était du reste affranchi du préjugé qui attribuait au seul périoste le mérite de l'ossification. Suivant lui, toutes les parties qui environnaient le séquestre sécrétaient la matière plastique qui s'ossifiait. Cette doctrine était fort sage, mais elle n'eut que peu de succès, parce que Hunter y avait joint des remarques inacceptables sur le rôle de la nature médicatrice, et sur une certaine espèce d'inflammation, qu'il appelait *l'inflammation ossifique*.

Ce fut donc Charmeil qui eut l'honneur de détruire la théorie de Duhamel, et de réhabiliter en même temps la régénération des os. Il publia en 1824 de remarquables expériences, qui mettent hors de doute le mécanisme de cette régénération. Ces expériences, perdues à la fin d'un très mauvais *Traité sur les métastases*, n'ont pas obtenu tout le retentissement qu'elles méritaient, et j'aime à croire que si M. Flourens les eût connues, il n'eût pas récemment rendu un nouvel hommage à la théorie désormais impossible de Duhamel. Sur une première série de pigeons, Charmeil mit à nu, dans une étendue de près de 3 centimètres, la partie moyennée de

veau dans le canal médullaire. J'appelle surtout l'attention sur la série d'expériences rapportées sous le titre : *Experimentum novum*. Après avoir désarticulé le pied, il coupait circulairement les chairs au milieu de la jambe jusqu'au tibia, puis il enlevait toutes les parties molles au-dessous de cette section, ratissait le périoste, et obtenait ainsi un moignon que dépassait un long fragment d'os dénudé, semblable à un manche de gigot. Pour préserver cet os de la dessiccation et du contact de l'air, il l'engageait dans une bourse membraneuse formée d'une vessie natale de poisson. C'est dans ces conditions qu'il vit un os nouveau parfaitement séparable, et entièrement distinct de l'os ancien, se former dans toute la partie du canal médullaire qui correspondait à la dénudation. Il répéta cette expérience un très grand nombre de fois avec de légères variantes : *idem per numerosissimas iteravi experimentum vices* (p. 107, § 89, voy. tab. II, fig. 2-5).

l'un des os de l'avant-bras. Après avoir complètement détaché et enlevé le périoste, il coupa l'os à la partie inférieure de la dénudation, fit saillir à l'extérieur le fragment dénudé, introduisit violemment dans le canal médullaire des morceaux de plomb pour broyer et détruire entièrement la moelle, puis il repoussa l'os au milieu des chairs et attendit. Le fragment ruginé se nécrosa complètement dans tous les cas, et quoique le périoste eût été entièrement détruit, un nouvel os se forma autour du séquestre. En sacrifiant les pigeons à diverses époques, Charmeil assista à toutes les phases de ce travail régénérateur ; il vit une lymphe plastique, sécrétée par les chairs voisines, d'abord visqueuse, puis plus dense, acquérir vers le dix-huitième jour la consistance de la cire, devenir ensuite cartilagineuse, et enfin tout à fait osseuse, tout à fait semblable à l'os nouveau qui entoure les séquestres ordinaires. Sur une autre série de pigeons, il enleva complètement un fragment osseux, long de 3 centimètres, en y comprenant à la fois le périoste, la moelle et toute l'épaisseur du tissu compacte. Cette résection étant pratiquée sur l'un des os de l'avant-bras, le second os s'opposa au raccourcissement du membre, de sorte que les fragments ne purent venir au contact. Malgré cette circonstance, malgré l'ablation totale de la moelle et du périoste, la régénération n'en eut pas moins lieu, et toujours par le même mécanisme que dans le premier cas (1). On objectera peut-être que les oiseaux diffèrent trop de l'organisation de l'homme pour qu'on puisse rien conclure de ces résultats ; mais on obtient quelquefois, chez les mammifères, une régénération aussi complète dans des conditions semblables. Ainsi Michel Medici, ayant enlevé sur un mouton un pouce de la longueur d'une côte, en y comprenant le périoste et même une partie de l'épaisseur des muscles intercostaux, trouva, quatre ans après, la perte de substance de l'os totalement comblée. La portion osseuse régénérée était même plus large que le reste de la côte : il est vrai qu'elle était plus mince (2). Les cas de ce genre sont rares chez les mammifères, mais il est commun, dans les mêmes circonstances, de trouver une corde fibreuse qui prend

(1) Charmeil, *Recherches sur les métastases, etc.*, p. 322 et suiv. In-8, Metz, 1824.

(2) *Archives générales de médecine*, 5^e série, 1854, t. III, p. 669.

la place du fragment enlevé, et qui renferme dans son épaisseur des noyaux osseux plus ou moins volumineux. Heine, qui est pourtant partisan de la doctrine de Duhamel, a plusieurs fois constaté ce résultat important (1), que j'ai moi-même vu une fois sur l'homme, dans un cas où l'extrémité inférieure du radius avait été reséquée par Blandin. Rapprochons tout cela des faits innombrables qui prouvent que dans les résections (2) et dans les fractures la moelle sécrète un bouchon osseux, et que pareille chose a lieu à la suite des amputations ; rappelons que Troja a obtenu bien des fois un os nouveau au centre du canal médullaire, et nous verrons combien il est faux de prétendre que le périoste soit l'agent exclusif des régénérations osseuses.

Je sais que ces expériences de Troja ont été tirillées et interprétées dans un sens favorable à la théorie de Duhamel. On a prétendu, contrairement à l'évidence, et pour n'avoir pas lu le texte de Troja, que l'os nouveau développé dans l'intérieur du canal médullaire n'était autre chose que la couche la plus interne de l'os ancien. Il serait aisé de réfuter cette assertion. Mais il y a d'autres faits qui échappent à toutes les objections, et celui qui fait l'objet de ce rapport nous montre une production osseuse volumineuse, végétante, développée à l'extrémité du canal médullaire, et entièrement séparée du périoste et de toutes les parties molles voisines par un anneau inerte de tissu compacte nécrosé, de telle sorte qu'il est impossible de méconnaître que cette masse osseuse, de formation nouvelle, a été exclusivement sécrétée par la moelle.

Le périoste, je le répète, n'est donc pas l'agent exclusif de la régénération des os. Hâtons-nous toutefois de reconnaître qu'en général, le périoste joue dans cette régénération le principal rôle. Le périoste fait partie de l'os, et il en est aussi la partie la plus vasculaire et la plus inflammable. La lymphe plastique qu'il sécrète trouve, dans la facilité avec laquelle il se laisse décoller, des conditions favorables qui lui permettent de s'étaler en couche à sa face interne. Elle s'organise bientôt, et obéissant à la loi d'analogie de

(1) Arch. gén., loc. cit., p. 667.

(2) Voy. surtout Albrecht Wagner, *Ueber den Heilungsprozess nach Resection und Exstirpation der Knochen*. In-8, Berlin, 1853. J'ai donné, dans les *Archives générales de médecine*, 5^e série, t. II, III et V, une traduction de cette importante monographie.

formation, elle devient d'abord cartilagineuse, puis osseuse. Elle donne donc naissance à un os nouveau, naturellement moulé autour de l'os ancien, poreux, spongieux et très vasculaire, comme toutes les ossifications nouvelles, tapissé à sa face externe par le périoste, donnant implantation aux muscles et aux tendons qui s'inséraient primitivement sur le fragment nécrosé, et se prolongeant solidement, sur les limites du séquestre, autour du reste de l'os. Ainsi se trouve rétablie la continuité et la solidité du squelette. Ainsi se forme un os nouveau, qui remplace l'ancien dans ses rapports et ses fonctions : admirable résultat de la loi d'analogie de formation, qui régit la pathologie du système osseux ! Par malheur, ce travail de régénération est aveugle, c'est lui qui invagine la plupart des séquestres, qui s'oppose à la guérison spontanée de la nécrose, c'est lui qui fait périr beaucoup de malades, et qui entraverait un plus grand nombre encore, si la chirurgie, plus *médicatrice* que la nature, ne savait pas intervenir à propos.

Ces remarques, trop longues peut-être, m'ont pourtant paru utiles aujourd'hui, parce que des expériences toutes récentes, et déjà célèbres, ont ramené beaucoup d'esprits à la théorie de Duhamel. Vous connaissez tous, messieurs, les résultats remarquables obtenus par M. Ollier. Cet ingénieux expérimentateur, abordant un sujet presque rebattu, sur lequel il semblait qu'il n'y eût plus rien à découvrir, a trouvé le moyen de récolter une riche moisson de faits entièrement nouveaux, et les découvertes qu'il a faites sur les propriétés du périoste seront comptées parmi les plus importantes de notre époque. L'idée de transplanter des lambeaux de cette membrane, de les enfouir au milieu des chairs, de les greffer loin du squelette, de les transporter même sur un autre animal, — cette idée lui appartient entièrement, et grâce à lui, nous savons que le périoste n'a pas besoin, pour produire de l'os, d'être en contact avec le tissu osseux. Cette membrane entraîne partout avec elle sa propriété ostéoplastique, qui est par conséquent inhérente à son tissu. On le soupçonnait déjà depuis longtemps, mais on ne le savait pas pertinemment, et c'est à M. Ollier que revient le mérite de l'avoir démontré d'une manière rigoureuse et saisissante.

En faisant connaître le résultat de ses belles expériences, en éclairant d'un jour nouveau l'histoire des ossifications acciden-

telles, M. Ollier, plus prudent que ses prédécesseurs, ne s'est pas laissé aller comme eux à exagérer le rôle déjà si important du périoste. Il n'a nullement prétendu que cette membrane fût l'unique source de l'ossification ; et il a nettement déclaré devant la Société de biologie que le tissu osseux accidentel pouvait se former dans des blastèmes d'origine très différente. C'est donc bien à tort qu'on a pu le considérer comme le défenseur de la théorie de Duhamel ; mais les esprits qui étaient déjà prévenus en faveur de cette théorie ont cru en trouver la confirmation dans les faits nouveaux qu'il a découverts. Faute d'y avoir regardé d'assez près, faute d'avoir pris connaissance des expériences de Haller, de Troja, de Charneil, de Wagner, de Medici, expériences que celles de M. Ollier n'ont aucunement contredites, on a pu se laisser séduire par l'espoir de rattacher à une cause unique tous les phénomènes de l'ostéogénèse, et cette cause unique on a voulu, comme au temps de Duhamel, la placer dans le périoste. C'est pour réagir contre cette fâcheuse tendance que j'ai cru devoir vous rappeler, messieurs, les phases successives que la question a déjà traversées, et ramener votre attention sur des faits qu'on paraît disposé à laisser tomber dans l'oubli. Ces faits prouvent sans réplique la possibilité de l'ossification sans l'intervention du périoste, et celui que M. Descroizilles vous a présenté dépose dans le même sens.

XXXIV^e ANNÉE. — MAI 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Hypertrophie et dégénérescence cireuse du foie dans la phthisie pulmonaire. — 2. Kystes avec enchondrome du testicule. — 3. Fistule vésico-vaginale. — 4. Communication sur l'œdème du cerveau. — 5. Trois tumeurs du sein ; examen au microscope ; discussion. — 6. Épingle à cheveux à deux branches extraite du canal de l'urèthre. — 7. Cancer des deux mamelles ; marche lente de la diathèse. — 8. Névrome du nerf optique. — 9. Purpura febrilis. — 10. Rétrécissement cicatriciel de l'intestin grêle. — 11. Asphyxie produite par un morceau de viande arrêté dans le pharynx. — 12. Anévrysme disséquant de l'origine de l'aorte rompu dans le péricarde.

OBSERVATIONS. — Croup survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde, trachéotomie ; mort, autopsie ; par M. COULON, interne des hôpitaux. Éléphantiasis (?) ; transformation fibro-plastique et graisseuse des muscles et du tissu cellulaire du bras, du sous-scapulaire, du grand pectoral, etc. ; par M. JOUON, interne des hôpitaux.

Luxation complète du fémur dans le trou ovale, ou ischio-pubienne ; par M. DUBOÛÉ, interne des hôpitaux. — Extrait du rapport de M. TRÉLAT.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Tissier montre un *foie cireux et hypertrophié* chez une femme de trente ans, morte de phthisie pulmonaire à l'Hôtel-Dieu. *Elle n'avait jamais pris d'huile de foie de morue.* A son entrée à l'hôpital, le 22 avril, outre les signes d'une tuberculisation pulmonaire au second degré, on constatait par la palpation de l'abdomen l'existence d'une tumeur volumineuse formée par le foie ou dépendante du foie ; cette tumeur, inégale, bosselée, assez mobile, indolente à la pression, présentait un sillon profond appréciable à travers les parois abdominales. Pas d'ascite, pas d'œdème, pas d'albumine dans les urines. Mort le 2 mai.

Autopsie. — Dans toute l'étendue des deux poumons se trouvent

disséminées des granulations grises demi-transparentes. Au sommet du poumon droit, quelques cavernules, pas de cavernes; de plus, des tubercules en voie de ramollissement. Les ganglions bronchiques ont subi la dégénérescence tuberculeuse. Le cœur ne présente aucune altération.

La rate est saine, assez consistante; sa coloration est normale.

On trouve dans les reins quelques granulations qui paraissent être de nature grasseuse; pas de changement dans leur volume, leur couleur, ni dans leur consistance.

Le foie présente un volume énorme; il s'étend jusque dans l'hypochondre gauche, et descend au-dessous de l'ombilic. Le lobe droit, très volumineux, est isolé du reste de l'organe par un sillon profond qui existe sur la face convexe. Son poids est de 3^{kg} 11,625^{gr}. Il est déformé, de consistance dure; sa surface est inégale, bosselée. Presque complètement décoloré, il présente une teinte jaune-grisâtre uniforme, interrompue par des sillons blanchâtres.

M. Robin a examiné le tissu hépatique au microscope, et a remis la note suivante :

« Les petites taches ou traînées blanchâtres à contour diffus sont » formées par le tissu du foie intact, si ce n'est que les cellules » sont parsemées de nombreuses gouttes d'huile; elles ne sont » cependant pas remplies autant par ces gouttes que dans le cas » de foie gras.

» La portion grisâtre, homogène, dure, interposée aux petites » traînées ci-dessus mentionnées, présente une texture lâche de » fibres lamineuses ou de tissu cellulaire avec une grande quantité » de la substance homogène, amorphe, demi-transparente, qu'on » trouve dans l'altération de la rate dite *rate cirreuse*. C'est, en un » mot, l'altération du foie correspondant à celle qui, dans la rate, » a reçu le nom ci-dessus. »

2. M. Jouon fait voir des kystes avec enchondrôme du testicule qui ont nécessité la castration. — Préelle (François), âgé de vingt-sept ans, horloger, entre le 30 mars 1859 à la Charité. Ce jeune homme, d'une forte constitution, n'a jamais fait de maladie grave; il n'avait jamais rien remarqué d'anormal du côté des parties gé-

nitales quand, le 15 mars au matin, il sentit une induration légèrement douloureuse au testicule droit. La veille ou l'avant-veille, il avait éprouvé vers ce point un tiraillement, une tension, en faisant un violent effort pour éviter une chute. Il n'a jamais eu d'accident syphilitique ou inflammatoire, ni reçu de coups sur les bourses ; il reconnaît seulement s'être livré et se livrer encore à la masturbation.

A son entrée, on trouve le testicule gauche parfaitement normal ; le droit est régulièrement tuméfié, arrondi, du volume d'une petite pomme, avec quelques bosselures élastiques en avant et sur les côtés ; en arrière, le cordon et l'épididyme de petites dimensions et de forme régulière. Le testicule n'est pas douloureux. La tumeur augmente peu à peu de volume, malgré le traitement fondant interne et externe auquel le malade est soumis, de sorte que le 3 mai, jour de l'extirpation, elle offre un volume deux fois plus grand qu'à l'entrée ; les petites bosselures sont plus faciles à sentir à la surface, quoique la masse garde sa forme globuleuse.

Sur le testicule extirpé, on voit le cordon et l'épididyme parfaitement sains pour la position, l'aspect, la structure et les dimensions. La palpation fait reconnaître au-dessous de l'albuginée des petites masses dures et des points fluctuants. En effet, une incision étant faite verticalement sur le bord antérieur d'avant en arrière, on rencontre, au-dessous de l'albuginée et d'une petite couche de tissu testiculaire jaunâtre tassé à la périphérie de la tumeur, une agglomération de plusieurs kystes, séreux ou un peu hématiques, mélangés de petites masses arrondies de cartilage pur, de la grosseur d'un grain de chènevis en moyenne. Ces produits morbides, disposés au milieu d'une gangue fibreuse, peuvent être énucléés de la couche testiculaire, refoulée à la périphérie surtout vers l'extrémité supérieure, et ne paraissent pas y avoir pris naissance. Il semble plus probable que le siège primitif des kystes est la tunique albuginée qui se serait dédoublée pour les recevoir ; les petits noyaux cartilagineux ont évidemment leur origine dans la gangue fibreuse.

3. M. Verneuil montre, au nom de M. Follin, dans le service duquel la pièce a été recueillie, une *fistule vésico-vaginale* qui offre

quelques particularités intéressantes. La malade n'avait subi aucune opération et est morte d'accidents cérébraux qu'on a été tenté de rapporter à l'urémie.

Le vagin étant ouvert en arrière, on observe sur sa paroi antérieure et à son union avec le col utérin une large ouverture, presque circulaire, mesurant 2 centimètres $1/2$ dans son diamètre transversal, et par laquelle s'échappait pendant la vie la paroi antéro-supérieure de la vessie, sous forme d'un champignon rougeâtre. Le col utérin est lui même détruit en avant dans une étendue d'environ 1 centimètre; la muqueuse utérine est d'ailleurs intacte, ce qui prouve qu'on a exagéré les effets fâcheux du contact prolongé de l'urine.

Les ouvertures des uretères viennent affleurer le bord libre de la fistule, à une distance d'un millimètre $1/2$ d'un côté et d'un millimètre seulement de l'autre; la perte de substance subie par la paroi inférieure de la vessie correspond donc précisément à l'intervalle des deux uretères. Un détail signalé déjà sur le vivant, et qui vient à l'appui des idées développées récemment par M. Verneuil sur l'étiologie des fistules permanentes, consiste dans la soudure intime des deux membranes muqueuses, vésicale et vaginale, sur le contour de l'ouverture. C'est à cette disposition de canal ou d'orifice bimuqueux, et non à l'éconlement de l'urine, qu'il faut rapporter la véritable cause de l'entretien de la fistule.

Malgré leur composition intime, on aperçoit très nettement la ligne de démarcation des deux muqueuses, qui était peut-être encore plus marquée pendant la vie.

Dans le cas actuel, la position des uretères, si rapprochée des bords, justifie bien l'importance capitale du principe qui domine dans le procédé des chirurgiens américains, et en vertu duquel l'avivement doit porter exclusivement sur la muqueuse du vagin, n'intéresser jamais la muqueuse de la vessie, et se faire par de larges surfaces. Outre qu'on favorise ainsi l'adhésion des lambeaux on n'est pas exposé à blesser ou à comprimer les uretères dans la ligature, comme on n'aurait pas manqué de le faire ici par le procédé ancien.

Indépendamment de la fistule principale qui vient d'être décrite, on en a découvert deux autres : l'une, qui pourrait être appelée *borgne interne*, car elle n'aboutit qu'à un cul-de-sac, siège à la

partie antérieure et supérieure du vagin, et paraît être le vestige d'un ancien abcès ; l'autre, située en arrière tout à fait sur la limite du vagin et du col, s'engage par un petit pertuis dans un trajet très long qui aboutissait au sacrum, et devait être entretenue par une altération limitée de cet os.

En examinant les uretères, on est frappé de la dilatation considérable de celui du côté droit, qui a doublé de volume ; son extrémité inférieure s'effile près de la vessie et offre un rétrécissement très marqué à son embouchure ; le rein correspondant était affecté de néphro-pyélie. Le rétrécissement qui a donné lieu à cette dilatation de l'uretère peut être le résultat des phlébites anciennes dont on retrouvait la trace dans les plexus latéraux du vagin, remplis de caillots résistants, soit que l'uretère ait été comprimé par ces caillots, ou que lui-même se soit enflammé par voisinage et rétréci consécutivement à son embouchure.

La vessie est très réduite dans ses dimensions, qui ne dépassent pas 4 centimètres d'avant en arrière ; mais en y introduisant les doigts, on voit qu'on pourrait facilement l'élargir, ce qui explique comment elle peut recouvrer ses fonctions et un volume presque normal après les opérations de fistules suivies de succès.

Quant à l'utérus, il était dans une antéversion complète, et telle que le fond touchait la face postérieure des pubis ; cette disposition était ancienne, car les plis qu'elle a déterminés dans le péritoine sont indurés et ne s'effacent pas par le redressement de l'organe ; elle explique aussi comment l'urine, malgré la destruction partielle du col, n'avait aucune tendance à s'engager dans l'intérieur de la cavité utérine.

M. Mercier rappelle qu'il y a une quinzaine d'années, il avait également donné le conseil, à propos du traitement des fistules vésico-vaginales, de n'agir que sur la muqueuse du vagin et de respecter celle de la vessie ; mais il n'a eu occasion d'appliquer ce principe que sur les fistules recto-vaginales. Il n'a jamais observé de dilatation ni de rétrécissement de l'orifice inférieur de l'uretère comparables à ceux-ci.

4. M. *Marcé* fait sur l'œdème du cerveau la communication suivante : L'œdème du cerveau a été considéré par M. Etoc Demary, dans sa thèse (1833), comme la cause anatomique de la stupidité chez les aliénés. Cette opinion, qui a eu alors un assez grand retentissement, est depuis tombée dans l'oubli, sans doute parce qu'elle manquait d'une démonstration rigoureuse, et que l'auteur s'était contenté d'assertions et de descriptions toutes contestables.

Cependant ce sujet est, on ne peut le nier, d'une extrême importance.

J'ai essayé de le mettre à l'étude, en l'envisageant, pour le moment du moins, uniquement au point de vue de l'anatomie pathologique ; dans toutes mes recherches, je me suis efforcé d'apporter la précision la plus rigoureuse, en ayant recours à toutes les précautions que les chimistes conseillent dans les travaux analogues.

§ I. — Il a fallu tout d'abord déterminer la quantité d'eau contenue à l'état normal dans la substance cérébrale.

La substance grise et la substance blanche ont été étudiées isolément ; on les desséchait dans une étuve à 400 degrés, et, à l'aide de pesées, on déterminait la quantité perdue jusqu'à dessiccation complète. Or, voici les principaux résultats obtenus chez l'homme et chez quelques animaux.

	SUBSTANCE GRISE (100 parties).		SUBSTANCE BLANCHE (100 parties).	
	Mat. solide.	Eau.	Mat. solide.	Eau.
Homme (moyenne).	20	80	30	70
Mouton.....	16,4	83,6	30	70
Veau.....	14,3	85,6	30,2	69,8
Bœuf.....	17,4	82,6	36,3	63,7
Lapin.....	20,8	79,2	35,7	64,3
Faisan.....	17,3	82,7	23,1	76,9
Hibou.....	23,8	76,2	33,3	66,7

Deux conséquences peuvent être tirées de cette première série de recherches : 1° à l'état normal, la substance grise chez l'homme contient plus d'eau que la substance blanche, puisqu'elle offre 80 parties d'eau en poids sur 100 parties de substance cérébrale, tandis que la substance blanche en présente seulement 70 sur 100.

— 2° Dans toutes les espèces animales, on retrouve, bien qu'avec

des chiffres variables, la prédominance de la quantité d'eau dans la substance grise. La différence est égale en moyenne au dixième du poids total.

§ II. — Ce point de départ étant donné, il a fallu rechercher si la matière cérébrale était susceptible d'absorber, sans être altérée dans sa texture, une nouvelle quantité d'eau; — en un mot, si l'œdème du cerveau pouvait exister.

J'ai eu pour cela recours à deux ordres d'expériences : 1° j'ai injecté avec de l'eau pure des cerveaux d'ailleurs intacts que j'ai ensuite desséchés; 2° j'ai laissé tremper dans l'eau pendant vingt-quatre, quarante-huit heures, et même plus, des fragments de substance cérébrale, et j'ai pesé exactement les fragments avant et après leur immersion. Or, j'ai trouvé de cette façon que les fragments avaient absorbé 50 pour 100 de leur poids d'eau, en sorte que 30 parties de matières solides, au lieu de correspondre à 70 parties d'eau, comme à l'état normal, correspondent à 120 parties d'eau.

Des recherches cadavériques ont confirmé le résultat de ces expériences : j'ai soumis à la dessiccation des cerveaux dont les membranes étaient infiltrées de sérosité, et j'ai constamment trouvé, surtout dans la substance grise, qui est plus immédiatement en contact avec la sérosité épanchée, une quantité d'eau plus considérable qu'à l'état normal, par exemple 85, 90, pour 100 d'eau, au lieu de 80, chiffre physiologique.

Ainsi, malgré sa texture très serrée, le parenchyme cérébral peut faire éponge et devenir œdémateux. Ce fait a une grande importance à divers points de vue. Dans les pesées comparatives qu'on pratique sur les deux hémisphères, il ne faut pas oublier qu'une simple infiltration séreuse peut donner lieu à une différence de poids qui pourrait à tort faire croire à une atrophie de l'autre hémisphère. — L'infiltration du parenchyme cérébral amène nécessairement une augmentation de volume qui de suite acquiert une grande importance pour un organe renfermé dans une enveloppe inextensible. — Les symptômes de compression cérébrale attribués à la présence d'un épanchement séreux périphérique reconnaissent pour cause, non-seulement la couche de liquide épanché, mais encore l'augmentation de volume du cerveau résultant de l'absorption par la substance grise de la sérosité des membranes. — Enfin,

la dessiccation méthodique de la substance cérébrale, seul moyen de reconnaître l'œdème de cette substance, doit être appliquée à l'étude anatomo-pathologique de l'encéphale ; peut-être arrivera-t-on ainsi à découvrir la cause anatomique d'accidents cérébraux jusqu'ici rangés dans la classe des névroses.

5. M. Dufour présente *trois tumeurs du sein*, dont l'examen au microscope lui a été confié par M. Demarquay, et sur lesquelles il n'a aucun renseignement clinique. Voici les particularités de structure qu'il a constatées :

La première, ou n° 1, est une induration diffuse du tissu mammaire plus dense au centre et sans suc proprement dit : sur les limites des parties indurées, on peut, avec beaucoup d'attention, reconnaître à l'œil nu la structure des acini de la glande. Au microscope, elle présente une grande quantité de tissu cellulaire dense, fibreux, avec beaucoup de fibres fines de tissu élastique, des acini mammaires très évidents, de l'épithélium mammaire libre et en forme de tubes cohérents, et enfin des gouttelettes de graisse.

La seconde (n° 2) est une tumeur mammaire plus circonscrite, marronnée, du volume d'environ une prune, dense, offrant un aspect homogène à la coupe et des tractus fibreux en étoile, comme on en voit dans les masses morbides appelées autrefois squirrheuses ; elle ne contient pas non plus de suc particulier. Au microscope, elle présente également de la graisse et du tissu cellulaire dense, fibreux et élastique ; mais on n'observe plus d'acini, comme dans le n° 1 ; ce qui domine, c'est une grande quantité d'épithélium mammaire en masse ou libre sous forme de cellules ou de noyaux. En plusieurs points, les amas d'épithélium conservent la forme des tubes où ils ont pris naissance ; par ses caractères, cet épithélium est complètement semblable à celui du n° 1 et à l'épithélium normal (petits noyaux ovalaires et nucléoles simplement ponctués).

La tumeur (n° 3), de même volume et de même forme à peu près que la précédente, est un peu moins dense, et, en outre, elle fournit à la pression un suc opaque, épais, qui ne s'échappe pas uniformément sur tous les points d'une coupe fraîche, mais qu'on

voit sourdre par des orifices distincts et écartés les uns des autres. Au microscope, elle contient aussi du tissu cellulaire fibreux très abondant et de l'épithélium mammaire normal, soit isolé, soit en amas rappelant les tubes, mais pas d'acini mammaires. Le fait dominant, c'est l'existence d'éléments cellulaires nouveaux, tout à fait différents de ceux des épithéliums normaux, et réunissant tous les caractères assignés au véritable cancer (cellules de formes très variées, en raquettes, fusiformes; cellules mères, cellules excavées, plaques à noyaux multiples et noyaux libres). Ces derniers, libres ou non, sont tous remarquables par leurs grandes dimensions (12 à 15 millièmes de millimètre en moyenne); de forme ovoïde pour la plupart, ils renferment des nucléoles larges et brillants et présentent en un mot tous les détails de structure si fidèlement décrits par M. Robin dans la dixième édition du *Dictionnaire de Nysten*, à l'article CANCER:

Je ferai remarquer, dit M. Dufour, que j'ai examiné ces trois tumeurs le jour même où elles ont été extirpées, et par conséquent dans un état de fraîcheur parfaite, circonstance à laquelle j'attache pour ma part une grande valeur au point de vue de l'intégrité des éléments anatomiques.

J'ai été vivement frappé de l'espèce de gradation présentée par l'examen simultané de ces trois tumeurs, gradation marquée, comme on voit, par l'existence des acini et de l'épithélium mammaire dans la tumeur n° 1, par la disparition des acini dans les tumeurs n° 2 et 3, par la persistance de l'épithélium mammaire seul dans le n° 2, et enfin l'apparition dans le n° 3 d'éléments nouveaux, caractéristiques. Je me suis demandé si nous n'assistions pas là, dans ces trois faits, à ce qui se passe dans certaines tumeurs du sein, lesquelles d'abord, à l'état de simple hypertrophie mammaire, deviennent ensuite de l'épithélioma mammaire comme dans le n° 2, et passent ensuite à la structure du n° 3 (épithélioma et cancer mélangés), et peuvent aboutir au cancer. Nous aurions de cette façon sous les yeux trois âges ou périodes d'un même produit morbide quant à son essence, débutant par l'hypertrophie mammaire pour arriver au cancer en dernière analyse. Cette manière de voir, si d'autres pièces semblables venaient la confirmer, rendrait compte d'un certain nombre de faits en apparence contradictoires énoncés dans ces derniers temps, et particulièrement

de la rareté chaque jour plus grande des tumeurs déclarées cancéreuses par certains micrographes.

Ce n'est pas que le cancer vrai soit devenu plus rare ; mais peut-être cela tient-il à ce qu'aujourd'hui on enlève les tumeurs plus tôt qu'autrefois, à une période de leur développement moins avancée que celle où on les laissait arriver auparavant. Un certain nombre de tumeurs, qui seraient devenues plus tard des cancers, sont peut-être opérées actuellement quand elles n'ont atteint que le premier ou le second degré de leur évolution, c'est-à-dire la période d'hypertrophie ou d'épithélioma. Tel serait le cas des tumeurs n^{os} 4 et 3 ; le n^o 3 seul serait regardé par tout le monde comme un vrai cancer.

M. Verneuil. Il est très regrettable qu'on manque absolument de renseignements cliniques sur les trois tumeurs présentées par M. Dufour, car sans eux il est impossible d'en bien apprécier la véritable nature. Ce qui vient d'être dit relativement à la prétendue rareté, chaque jour plus grande, du véritable cancer, ne s'applique guère qu'à M. Robin ou à ses élèves, et l'explication en est simple. Depuis un certain temps l'habile micrographe a adopté la règle suivante : toutes les fois que, dans un tissu morbide, la disposition anatomique est conservée, qu'on retrouve le mode de groupement normal des éléments, comme la forme des culs-de-sac pour le tissu glandulaire par exemple, dans ces conditions on peut affirmer qu'il n'y a pas cancer. Quels que soient les caractères des éléments primitifs développés à l'intérieur de ces formes anatomiques, on admet alors une hypertrophie simple, avec altération, déviation ou maladie quelconque des cellules épithéliales.

Pour les micrographes qui raisonnent ainsi en naturalistes purs, la conservation de la disposition anatomique est donc tout et suffit à exclure le cancer ; le reste n'est qu'une maladie variable de l'épithélium qui reste sur un plan secondaire. Mais il n'en est pas de même des autres micrographes qui sont en même temps chirurgiens et cliniciens ; ceux-ci, au contraire, attachent beaucoup moins d'importance à la disposition, au groupement anatomique, et ils attribuent la valeur principale à l'élément primitif, cellule ou noyau, de forme déterminée. Cette valeur est telle, que toutes les fois que nous trouvons par exemple dans un tissu morbide de vastes cellules ou

des noyaux de grandes dimensions, à contours nets, avec des nucléoles larges et brillants, nous affirmons qu'il y a cancer, quelle que puisse être, d'ailleurs, la disposition anatomique de ces éléments.

Ainsi s'explique la contradiction apparente des résultats obtenus par les micrographes : en réalité, le cancer est aussi fréquent qu'autrefois ; seulement, dans les idées plus modernes, la forme de l'élément primitif ne suffit plus à le caractériser, il faut une condition nouvelle, l'absence de disposition anatomique normale ; sinon il n'est plus considéré que comme une maladie de l'épithélium, et c'est seulement ainsi qu'il paraît devenir plus rare.

La vérité est que nous nous sommes trompé autrefois avec M. Lebert, il faut bien le reconnaître, sur l'origine et la nature de l'élément primitif du cancer, que nous regardions à tort comme hétéromorphe, comme un produit accidentel sans analogue dans les autres éléments normaux.

En Allemagne, à force de patientes investigations, on est arrivé à reconnaître que, au lieu d'être une production nouvelle de toutes pièces, c'était le dernier terme d'une série de transformations successives par lesquelles passaient les cellules d'épithélium normal. En place d'une substitution de tissu, il a été démontré que c'était une métamorphose ; mais, comme on le voit, ce n'est là qu'une question d'interprétation ; la forme de l'élément caractéristique n'en était pas moins bien établie, et, depuis, elle n'a rien perdu de sa valeur ; au point de vue du pronostic, elle est toujours aussi funeste et telle, que, dès que nous la rencontrons dans une tumeur, nous pouvons présumer tous les caractères cliniques relatifs à la marche fatale du cancer.

A l'époque où ce tissu morbide était regardé comme hétéromorphe par tout le monde, il y avait déjà des faits embarrassants. Il m'arrivait de temps en temps de trouver des noyaux cancéreux dans l'intérieur de culs-de-sac glandulaires encore intacts, et je les considérais comme du cancer débutant par la surface interne des acini. Mais déjà à cette époque M. Robin était disposé à soutenir que le cancer ne peut se développer dans un élément anatomique normal ; c'est là une erreur, car on observe pour le cancer exactement la même chose que pour d'autres produits morbides, le tubercule par exemple, qui se développe parfaitement d'emblée

dans l'intérieur des éléments anatomiques avant d'en altérer la forme ; c'est ce qu'on voit dans les tubes séminifères. La dissidence qui commençait alors s'est depuis prononcée de plus en plus, et elle rend bien compte des différences d'interprétation auxquelles donne souvent lieu, aujourd'hui, l'examen des mêmes tumeurs.

M. Houël. Les tumeurs appelées *épithéliomas* par M. Robin et le cancer sont-ils synonymes ?

M. Verneuil. Non, car il y a des tumeurs nommées épithéliomas par M. Robin et qui ne sont pas des cancers ; ce sont celles qui sont formées de culs-de-sac glandulaires remplis d'épithélium normal dans des proportions excessives. Pour qu'il y ait cancer, l'épithélium doit avoir pris la forme attribuée depuis longtemps aux noyaux cancéreux.

M. Vidal. N'y a-t-il pas des tumeurs présentant tous les caractères cliniques du cancer au point de vue de l'aspect extérieur, de la récurrence et de la marche fatale, sans qu'on ait trouvé dans leur tissu de noyaux cancéreux ?

M. Verneuil. La question est encore indécise ; les faits de ce genre doivent être excessivement rares.

M. Marc-Sée. La déclaration faite tout à l'heure par M. Verneuil a une grande valeur ; elle dénote une transformation manifeste dans les idées anciennes sur le cancer. Les noyaux cancéreux ne sont plus des éléments hétéromorphes venus on ne sait d'où, ne ressemblant à rien ; ils sont reconnus désormais pour être une déviation, une dégénérescence des éléments normaux de l'épithélium. Cependant M. Verneuil attache encore trop d'importance à la forme même des noyaux dits cancéreux ; pour avoir la valeur diagnostique et pronostique qu'il leur attribue, il faut qu'ils se rencontrent en quantité assez considérable dans une production morbide ; s'ils sont peu nombreux, ils perdent beaucoup de cette valeur, car on peut en rencontrer quelques-uns disséminés dans certaines tumeurs qui n'ont aucune malignité.

Pour ce qui est des pièces présentées par M. Dufour, je ne crois pas, comme lui, qu'en ait sous les yeux trois degrés ou périodes

plus ou moins avancés d'un même tissu morbide, et l'âge ne me paraît pas une condition suffisante pour expliquer les différences si grandes que présente leur constitution ; je crois à une différence d'emblée dans leur nature.

M. Verneuil. Je n'ai pas été aussi exclusif que M. Sée le donne à entendre ; j'ai voulu seulement protester contre la prétendue disparition du cancer à notre époque, et montrer en même temps ce qu'on peut sauver du naufrage des idées anciennes. S'il est vrai que nous ayons été battu dans la question d'interprétation ou d'hétérogénie, l'importance capitale que nous avons donnée à la structure a surnagé, et nous avons établi qu'elle devait être la base de la classification des tumeurs. M. Sée m'objecte qu'il ne suffit pas d'un petit nombre d'éléments cancéreux pour admettre le cancer, qu'il en faut un certain nombre : je l'accorde ; mais en si petite quantité qu'on les rencontre, il faut encore en tenir compte au point de vue du pronostic, et l'on ne peut s'empêcher d'avoir des craintes pour l'avenir. Je maintiens donc dans toute sa rigueur la valeur exclusive et spécifique du noyau dit cancéreux ; il est la caractéristique obligée du cancer, qu'on ne saurait admettre avant de l'avoir constaté. En résumé, le terme de *cancer* doit rester un substantif dont le sens bien défini ne s'applique qu'à une seule espèce de tissu et ne plus être comme autrefois un adjectif banal servant à désigner indifféremment toute espèce de tumeurs malignes.

M. Coulon demande quelle différence il y a entre une tumeur fibro-plastique et un cancer, et cite à ce propos l'exemple d'une tumeur regardée comme fibro-plastique, et qui cependant a récidivé et entraîné la mort au bout de deux mois, exactement comme un cancer.

M. Verneuil. L'objection que vient de me présenter M. Coulon est la meilleure preuve du sens vague qu'un grand nombre de médecins uniquement préoccupés de la marche des tumeurs attachent encore au mot cancer, et de l'importance qu'il y a à établir sur la structure, sa véritable signification.

M. Vidal rappelle qu'il est aujourd'hui démontré que les éléments fibro-plastiques peuvent se comporter exactement comme le

cancer, se multiplier en divers points de l'économie, devenir malins, soit par leur siège primitif dans des organes essentiels à la vie, soit par leur généralisation, et revêtir en un mot tous les caractères des diathèses.

M. Dufour. En me servant du mot âge pour désigner les périodes ou degrés d'évolution auxquels sont arrivées les trois tumeurs que je présente, je n'ai voulu préjuger en rien ce qui détermine le passage d'une période à l'autre, et je ne pense pas que le temps, l'âge absolu du produit morbide, soit la seule cause d'une forme plus ou moins avancée ; c'est un élément dont il faut tenir compte, mais sans négliger toutes les autres conditions qui peuvent influer sur une transformation plus ou moins rapide. En supposant une évolution graduelle d'un même produit dans les tumeurs que j'ai soumises à la Société, j'ai surtout cherché à expliquer les contradictions des micrographes, souvent en désaccord sur l'existence ou la non-existence du cancer. Aujourd'hui que l'hétérogénéité du noyau caractéristique est rejetée, on pourrait également réhabiliter un mot que les premiers travaux d'anatomie microscopique avaient en quelque sorte stigmatisé, celui de dégénérescence, qui s'appliquerait bien aux métamorphoses morbides qu'on admet aujourd'hui dans l'épithélium normal.

La tumeur n° 3, formée d'un mélange d'épithélioma et de cancer à noyaux, serait une dégénérescence en action que nous aurions surprise sur le fait, et c'est en cela que les pièces que j'ai apportées m'ont paru intéressantes. Elles soulèvent, je le sais, des questions importantes, très difficiles à résoudre, mais sur lesquelles j'ai désiré appeler un instant l'attention des membres de la Société.

6. M. Guerlain fait voir une *épingle à cheveux à deux branches* extraite du canal de l'urèthre après un séjour de deux ans.

Passero (Pierre), trente-cinq ans, journalier, né en Piémont. Entré le 25 mai 1859 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Puche.

Bonne santé ordinaire ; il n'a jamais eu ni chancres, ni blennorrhagie.

Il porte un corps étranger que l'on sent parfaitement mobile dans le canal de l'urèthre et qu'il dit être une épingle à cheveux. On sent, en effet, deux branches dont les pointes sont dirigées en avant, la courbure en arrière; pas d'écoulement urétrhal; seulement, on trouve sur le gland, près du méat, à droite, une cicatrice qu'il dit être le résultat d'une fistule. Près du frein, à droite, existe une seconde fistule par où s'écoule encore un peu d'urine, et une troisième au tiers antérieur du fourreau également sur le côté droit. L'urine qui filtre par ces pertuis est très peu abondante, et ce n'est guère qu'à la fin de l'émission qu'elle paraît sous forme d'un léger suintement. La miction par le méat s'opère normalement sans douleur si le malade a soin de tenir la verge droite; s'il la laisse tomber, il a une sensation de piqure légère.

Depuis deux ans qu'il vit maritalement avec une femme, il a eu des rapports ordinaires avec elle, sans gêne ni accidents; seulement, le début de l'acte génital était un peu douloureux.

Voici comme il raconte l'introduction de cette épingle dans son urèthre : il avait veillé plusieurs jours de suite dans son atelier, et, rompu de fatigue, il s'était endormi à l'écart. Ses camarades, jouant entre eux, sont venus près de lui, l'ont maintenu à trois ou quatre pendant qu'un autre lui introduisait cette épingle à deux branches dans l'urèthre, la courbure étant présentée la première. Sitôt qu'elle fut introduite, le malade eut une légère sensation de piqure, mais pas de douleur vive, et il put uriner sans peine.

Huit jours après seulement, il urina un peu de sang, et la verge se tuméfia jusqu'à acquérir un volume énorme; mais cet état ne dura guère plus de deux ou trois jours.

Vers le quinzième jour, il vit un léger écoulement blanchâtre qui fut insignifiant et de courte durée. La troisième semaine, l'épingle se montra au dehors; une branche sortait par le méat, l'autre avait traversé le gland au point où on voit encore aujourd'hui une cicatrice. L'urine sortait par cette fistule autant que par le méat, et cela dura trois ou quatre mois. C'est alors que le malade, ayant essayé vainement de retirer l'épingle en tirant sur une des branches, et s'étant arrêté quand il vit couler du sang, s'avisait de rogner les deux branches de l'épingle avec une lime; il enleva ainsi environ un quart de chaque branche, puis il arrondit les deux extrémités pour éviter d'être piqué.

Trois mois après environ, une des branches vint se montrer sur les parties latérales droites du fourreau de la verge, au point où il existe encore aujourd'hui une fistule; de nouveau le malade roгна cette branche.

Trois semaines après l'autre branche se fit jour au dehors près du frein, sur le côté droit, et, cette fois encore, il la lima d'un second quart.

Depuis ce moment l'épingle, diminuée de moitié, cessa de venir au dehors, quoique le malade la fît remuer fort souvent, soit en avant, soit surtout en arrière, car il avait remarqué qu'il était moins gêné quand elle était loin du méat.

Au moment où la seconde fistule s'était produite, il avait rendu un petit calcul grisâtre.

Il n'a jamais cessé de travailler, il n'a souffert qu'aux époques de la formation des fistules; mais, depuis la dernière, il assure n'avoir plus souffert, ce qu'il attribue à la précaution qu'il avait de porter sa verge relevée avec un mouchoir.

A cause de la mobilité du corps étranger, nous engageâmes le malade à le pousser vers une des fistules et à tâcher de faire paraître au dehors une des extrémités. En effet, le 26 mai une des branches se montrait par la fistule située près du frein; alors nous la saisismes avec une pince à disséquer, et quelques légères tractions suffirent pour amener au dehors l'épingle entière avec la plus grande facilité. On appliqua des compresses d'eau froide,

Sitôt après l'extraction, il s'écoula un peu de sang par le méat et par les fistules, et toute la journée il y eut un suintement sanguin. La première émission d'urine fut seule douloureuse; elle entraîna cinq ou six petits graviers calcaires, mous, blanchâtres, creusés en gouttière et noirs dans une rainure qui s'adapte parfaitement à l'épingle extraite.

Celle-ci est courbe et se compose de deux branches, dont chacune ne mesure plus que 2 centimètres $1/2$; les deux pointes sont émoussées et ont été manifestement rognées.

Le 28, il s'écoule une sérosité rousse peu foncée; le malade ne souffre plus du tout et descend au jardin.

Le 31 mai, il sort parfaitement guéri, l'urèthre ne présentant plus aucun écoulement.

M. *Mercier* : J'ai eu occasion d'extraire une épingle semblable de l'urèthre d'une jeune fille ; j'avais d'abord pensé à la repousser, à la faire basculer, mais j'ai craint des difficultés et me suis résolu à retirer de vive force le corps étranger. Dans cette manœuvre, les pointes ont déchiré et traversé les tissus ; j'en ai coupé une et j'ai pu ensuite retirer très aisément l'épingle entière.

M. *Trélat* rappelle que ce procédé d'extraction a été conseillé par M. Boinet ; mais il pense qu'on pourrait ne pas redresser l'épingle et qu'il vaudrait mieux la retirer en suivant la courbure.

7. M. *Coulon* montre des *cancers des deux mamelles* remarquables par la *marche lente de la diathèse*.

La veuve Cantèle, âgée de soixante et dix ans, entre à l'hôpital laRiboisière, dans le service de M. le docteur Hérard, le 3 mai 1859.

Cette femme, quoique d'un tempérament lymphatique, s'est toujours bien portée. Menstruée pour la première fois à l'âge de dix-huit ans, elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de quarante-six ans. Mariée à trente et un ans, elle n'a jamais eu d'enfants.

Depuis douze ans elle a une tumeur au sein gauche avec des ganglions engorgés dans l'aisselle du même côté.

A la partie supérieure et externe du sein droit existe depuis trois à quatre ans une tumeur assez dure. Les ganglions de l'aisselle droite se sont engorgés quelques mois après l'apparition de la tumeur du sein.

Depuis trois mois cette malade souffre de l'épigastre et n'a plus d'appétit ; jusqu'à ce moment la santé avait toujours été bonne ; il n'y avait jamais eu de trouble dans les fonctions.

État actuel le 3 mai 1859. — Cette malade est très pâle, et présente une légère teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives ; elle est très maigre, et elle a un peu d'œdème des membres inférieurs.

Au sein gauche se trouve une tumeur du volume du poing, irrégulièrement bosselée, très adhérente à la peau et aux parties profondes, fluctuante en certains points ; la peau qui la recouvre est rouge, amincie, mais n'est pas ulcérée.

A la partie supérieure et externe du sein droit existe une tumeur

moins volumineuse qu'un œuf de poule. Cette tumeur est très dure; elle adhère à la peau et aux parties profondes. La glande mammaire est atrophiée. La peau n'est pas ulcérée.

Dans les deux aisselles existent des ganglions engorgés.

Au niveau de l'épigastre, de l'hypochondre droit, de la région ombilicale et de la région sous-ombilicale, on sent une masse dure, n'offrant aucune bosselure, qui paraît être le foie. A cause du volume de cet organe, de l'existence d'un cancer à chaque sein, et de l'état cachectique de la malade, on diagnostique un cancer du foie.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, la malade succombe dans le dernier degré de faiblesse.

Autopsie. — Le cancer du sein gauche est constitué par un tissu fibreux, très vasculaire, ramolli en certains points; ce cancer présente cinq ou six kystes contenant un liquide rouge noirâtre qui paraît être du sang épanché.

Le cancer du sein droit est un squirrhe; il est formé par un tissu blanc-grisâtre, très dur, criant sous le scalpel.

L'examen microscopique n'a pas été fait.

Le foie est très volumineux; il descend bien au-dessous de l'ombilic. Un grand nombre de masses cancéreuses sont disséminées dans toute l'étendue de cet organe, et présentent une teinte grisâtre qui tranche avec la couleur du tissu hépatique; le volume de ces cancers varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une amande; leur consistance est assez grande.

L'estomac ne présente aucune altération.

Les autres organes sont parfaitement sains.

La colonne vertébrale, examinée avec le plus grand soin, ne présente non plus aucune altération.

Ce fait est remarquable par la lenteur avec laquelle s'est développé le cancer du sein gauche. Il est de toute évidence que si l'on eût enlevé ce cancer, il y a dix ans, on n'aurait pas manqué d'attribuer à l'opération la guérison qui aurait pu persister un certain nombre d'années, tandis qu'en réalité cette guérison eût été le résultat de la marche lente de la maladie.

S. M. Duboué présente un *névrome du nerf optique droit*.

Maurice (Célestine), âgée de quatorze ans, entre dans le service de M. Velpeau, le 25 avril 1859, pour s'y faire traiter d'une affection de l'orbite droit dont elle est atteinte depuis l'âge de trois ans. Cette jeune fille, réglée depuis un an, et qui paraît bien constituée, a toujours joui d'un bon état de santé; les douleurs un peu plus vives qu'elle ressent depuis quelques mois dans la profondeur de l'orbite, et la difformité qui résulte de la saillie toujours croissante de l'œil l'ont déterminée à entrer à l'hôpital.

Elle ne peut nous donner que des renseignements assez vagues sur le mode d'invasion de son mal; d'après le récit qu'elle tient de sa mère, elle nous apprend qu'elle aurait fait, il y a onze ans, une chute de son lit, et que le côté droit de la tête ayant heurté violemment contre le sol, l'œil aurait paru tout d'un coup proéminent, et ne serait jamais revenu à la place qu'il doit occuper. La difformité, longtemps stationnaire, aurait pris un accroissement notable depuis ces deux dernières années.

En reportant ses souvenirs aussi loin qu'elle peut le faire, la jeune malade affirme que son œil droit a toujours été privé de la faculté de voir. Elle ajoute que, par intervalles, elle ressentait quelques douleurs peu vives et de courte durée dans l'orbite du côté correspondant. Mais ce n'est que depuis cinq ou six mois qu'il s'y est joint des douleurs plus fortes à la région frontale; ces dernières, quoique supportables, ont surtout attiré son attention, et se réveillaient par la compression du globe oculaire.

Etat actuel le 26 avril 1859. — Ce qui frappe au premier aspect de la malade, c'est une projection de l'œil en avant, sans changement de volume ni modification de structure appréciable. Cet organe n'a pas suivi dans son déplacement la ligne qui prolongerait l'axe de la cavité orbitaire; il se trouve légèrement déjeté en dedans du côté de la racine du nez, et porté dans un strabisme interne complet. Un plan vertical passant par la base de l'orbite serait tangent au globe oculaire, ce qui donne le degré le plus approximatif de l'exophthalmie. La pupille, qui a conservé sa forme circulaire, présente une dilatation peu prononcée; quant à la contractilité de l'iris, elle paraît être complètement abolie.

La paupière supérieure, fortement tendue, se moule sur la convexité de l'œil, et ne peut pas se rapprocher entièrement du bord

libre de la paupière inférieure. L'une et l'autre ont conservé leur souplesse, et n'offrent aucune trace d'infiltration de liquide ou d'injection vasculaire.

Si on explore la cavité orbitaire en insinuant, par une pression graduelle, la pulpe d'un ou de plusieurs doigts entre l'œil et le rebord de l'orbite, on trouve qu'elle est comblée par une tumeur au-devant de laquelle il est facile de faire glisser la peau de la paupière supérieure. On ne peut faire pénétrer le doigt qu'à une profondeur de quelques millimètres sur tout le pourtour de la base orbitaire. A la partie externe même, cette tumeur envoie quelques prolongements sous la paupière supérieure, à travers laquelle on les sent comme de petits grains glanduleux.

Bien qu'elle se laisse assez facilement comprimer, la tumeur jouit pourtant d'une certaine élasticité; mais rien, dans cette exploration, ne rappelle l'élasticité d'une poche distendue par un liquide. On ne saurait mieux comparer sa consistance qu'à celle des ganglions lymphatiques qui sont le siège d'une inflammation commençante.

En appliquant, pendant un certain temps, la pulpe des doigts sur la tumeur, on ne trouve pas de battements, ni le moindre mouvement d'expansion. Elle n'est pas non plus soumise à des variations passagères de volume dans les efforts que l'on fait exécuter à la malade. Le stéthoscope ne permet d'entendre aucun souffle vasculaire, pas plus sur la tumeur que sur les os qui avoisinent l'orbite, le frontal ou l'os malaire.

L'examen précédent, quoique fait avec ménagement, provoque quelques douleurs profondes, à la vérité très supportables.

La peau qui recouvre les régions frontale et sous-orbitaire, les paupières et le nerf, a conservé sa sensibilité; on s'en assure en piquant ces différentes parties avec une épingle, et jugeant par comparaison avec les points similaires du côté opposé.

Lorsqu'on vient à fermer alternativement l'une et l'autre narine, on voit que le passage de l'air est également libre dans les deux. Aucun prolongement de la tumeur n'est aperçu dans le pharynx, et d'ailleurs la petite malade n'a jamais ressenti de ce côté aucun trouble fonctionnel. L'élévation et l'abaissement de la mâchoire inférieure s'accomplissent sans occasionner la moindre gêne. Rien de particulier à noter sur les membres supérieurs et inférieurs, qui

ont conservé la sensibilité normale et l'intégrité des mouvements.

17 mai 1859. — M. Velpeau, après avoir soumis la malade aux inhalations de chloroforme, procède à l'extraction de la tumeur en pratiquant, à partir de la commissure palpébrale externe, une incision transversale longue de 5 à 6 centimètres. La paupière supérieure étant relevée, et tous les tissus divisés jusqu'à la cavité orbitaire, l'instrument rencontre une tumeur mamelonnée qu'il est facile d'énucléer. Le doigt explorant l'orbite plus profondément trouve une seconde tumeur plus consistante, située derrière le globe oculaire et à limite postérieure mal accusée. Des ciseaux courbes conduits sur le doigt indicateur de la main gauche servent à réséquer tout ce qui peut être atteint de la tumeur ; cette dernière est extraite en entraînant l'œil, dont les muscles avaient été préalablement divisés dans le voisinage du sommet de l'orbite.

Le tamponnement, pratiqué aussitôt à l'aide de bourdonnets de charpie, arrête l'hémorrhagie qui s'est produite, et une légère compression est établie à l'extérieur au moyen de compresses maintenues par un monocle.

18 mai. — Des compresses imbibées d'eau froide ont été tenues en permanence sur l'appareil. La petite malade dit avoir eu la nuit dernière un sommeil agité, et avoir éprouvé quelques douleurs fortes dans le fond de l'orbite.

19 mai. — Les paupières de l'œil gauche présentent un peu de tuméfaction et de rougeur ; la malade accuse une sensibilité assez vive du côté opéré. M. Velpeau lève l'appareil, et, après avoir lavé la plaie avec soin, n'introduit dans l'orbite que quelques bourdonnets de charpie, sans les maintenir par un bandage compressif.

24 mai. — Les paupières du côté droit ont été, les jours précédents, le siège d'un phlegmon qui s'est étendu à la joue correspondante, mais qui aujourd'hui paraît avoir en grande partie disparu. Notre malade présente ce matin, au moment de la visite, un état de prostration extrême. La voix est éteinte, et par moments on remarque quelques contractions involontaires des muscles masséters. L'intelligence est restée parfaitement nette.

25 mai. — Les accidents tétaniques ont persisté sur les muscles de la face, et au trismus s'est joint un renversement du tronc en arrière. La malade a succombé la nuit dernière.

Examen de la tumeur enlevée et autopsie. — La tumeur se com-

pose de deux parties : l'une, qui était disséminée dans la cavité orbitaire, est composée de petites masses globuleuses d'un brun rougeâtre, de consistance fibrineuse, et rappelant l'aspect de caillots anciens et dépourvus de globules; l'autre portion, que l'on n'aperçoit qu'après la dissection des muscles de l'œil, est située en arrière du globe oculaire, sur le prolongement de son axe antéro-postérieur. La consistance est plus ferme que celle de la portion déjà décrite, et ressemble à celle des tumeurs adénoïdes. Elle paraît contenir le nerf optique dans son intérieur, et c'est en la disséquant qu'on la trouve constituée par le nerf optique lui-même, qui est comme renflé en fuseau. La portion de ce nerf qui tient à l'œil et au renflement est rétrécie, et offre une longueur de 5 à 6 millimètres.

La dissection fait voir deux parties dans cette tumeur, une partie extérieure, continue avec le névrilème, et une portion centrale, composée de fibres blanches et longitudinales, se continuant avec les fibres propres du nerf. Vers la périphérie, la direction longitudinale des fibres n'est pas aussi apparente que dans le centre.

Le névrome enlevé représente à peu près les trois quarts d'un fuseau commençant à très peu de distance du globe oculaire, et coupé en arrière par une section nette au moment de l'opération. Son volume équivaut à peu près à celui d'une petite noisette.

L'examen de l'orbite après la mort nous fait voir que toute la tumeur n'a pas été enlevée. Le sommet de cette cavité est occupé par un prolongement de la tumeur qui pénètre dans le trou optique, et qui offre les caractères précédemment décrits. Ici seulement ils seraient plus difficiles à constater sans l'examen de la première pièce, à cause de la couleur d'un brun noirâtre que le contact du pus a donnée à la tumeur.

En poursuivant le nerf optique dans l'intérieur du crâne, on le trouve renflé jusqu'à une faible distance du chiasma des nerfs optiques (4 à 5 millimètres); à partir de ce point, il reparait avec des caractères normaux de forme, de consistance et de texture.

Rien de particulier à noter sur les bandelettes optiques, les corps genouillés et les tubercules quadrijumeaux.

Le cerveau, le cœur, les poumons et autres viscères, la moelle épinière et le larynx ont été explorés sans qu'on y trouve les traces d'aucune altération.

M. Houël. Les névromes des nerfs optiques sont excessivement rares. Je crois en avoir cité un exemple, tiré de l'ouvrage de M. Smith; mais ici la lésion me paraît complexe, à cause de l'atrophie qu'a subie la portion restante du nerf optique au delà de la tumeur; il semble que le tissu nerveux ait disparu de cette portion, et que le névrilème seul ait persisté. Une particularité non moins remarquable, c'est le prolongement intra-crânien de la tumeur, et ce qui donne à penser que c'est bien un névrome, c'est qu'elle n'a pas dépassé le chiasma. Quant au tissu même de la tumeur, il ne ressemble pas à celui des névromes que j'ai eu occasion de voir, car il est dense, uniforme, sans fibres ni traces aucune de la substance nerveuse.

M. Trélat s'est exprimé ainsi dans son rapport :

Jusqu'ici on n'a jamais signalé de névromes de ce nerf crânien. J'ai consulté nos *Bulletins*, le *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, différents mémoires sur les tumeurs orbitaires; nulle part il n'est question du nerf optique. Dans un seul cas, M. Lebert signale un léger renflement du nerf optique à son entrée dans la sclérotique. (Rapport de M. Lebert sur le mémoire de M. Houël sur les névromes, dans *Mémoires de la Société de chirurgie*.) Le fait est donc infiniment rare, sinon unique, ce que je n'oserais affirmer faute de recherches complètes. Mais, précisément en raison du siège insolite de la tumeur, j'aurais vivement désiré trouver dans l'observation de M. Duboué quelques détails anatomopathologiques qui font défaut, surtout l'examen microscopique. En effet, la tumeur se compose de deux parties : l'une, qui est manifestement le névrome; l'autre, disséminée dans la cavité orbitaire, est formée de petites masses globuleuses d'un brun rougeâtre, de consistance fibrineuse, et rappelant l'aspect de caillots anciens. Qu'est-ce que cette seconde partie, quelle est sa nature? Sont-ce réellement des caillots sanguins ou toute autre chose? Je ne saurais le dire, l'observation est trop laconique à cet égard.

9. M. Tissier fait voir des pièces provenant d'un sujet mort de *purpura febrilis* quelques heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu, et ayant présenté des hémorrhagies par la bouche, le nez, le rec-

tum et la verge, en même temps qu'un très grand nombre de plaques et de taches ecchymotiques sur la peau. La maladie avait été considérée comme un *purpura hæmorrhagica*, lorsqu'à l'autopsie on songea à une variole hémorrhagique. Sur la face externe d'un des bras, on trouva une tache ecchymotique qui paraissait ombiliquée, et, sur plusieurs points des hanches, la peau présentait un léger soulèvement et un aspect grenu comme dans la variole confluyente. Tous les viscères étaient gorgés de sang; une certaine quantité de ce liquide, recueillie dans un tube, est restée diffuente et n'a pas présenté la moindre tendance à la coagulation; son analyse n'a pas été faite. Le chef de service, M. Gueneau de Mussy, est resté dans le doute sur le véritable nom à donner à cette affection.

M. Millard, qui n'a vu le sujet qu'au moment de l'autopsie, a été frappé de l'aspect varioleux et finement mamelonné des taches et des plaques ecchymotiques, et pense qu'on a eu affaire à une variole hémorrhagique.

M. Bucquoy. Il existe dans la science, quand on veut les rechercher, un très grand nombre de cas analogues à celui-ci, qui ont présenté une marche aussi rapidement funeste et donné lieu aux mêmes difficultés de diagnostic. Graves, qui s'est occupé de cette question, a proposé de trancher ces difficultés en rangeant tous les faits du même genre sous une même dénomination, celle de *purpura febrilis*.

M. Isambert. J'ai vu le malade quelques heures avant sa mort, et ma première impression avait été d'abord également qu'il s'agissait d'une variole hémorrhagique; mais, en considérant que le malade n'avait pas eu de prodromes, qu'il était vacciné, qu'il ne paraissait pas s'être exposé à la contagion, qu'il n'avait rien à la face, qu'enfin il avait été pris des premiers symptômes après une fatigue excessive et après l'ingestion d'une très grande quantité d'eau froide, des doutes sur l'existence d'une fièvre éruptive me sont venus, et je serais plus porté à adopter, pour ce cas embarrassant, la dénomination de *purpura febrilis* que vient de rappeler M. Bucquoy.

10. M. Millard montre un rétrécissement cicatriciel suite d'ulcérations de l'intestin grêle, siégeant à 65 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Il est tellement serré qu'il laisse à peine passer une plume d'oie ordinaire ; incisé et étalé, il mesure transversalement 23 millimètres dans le point le plus étroit ; il a environ 1 centimètre de hauteur. Il est accusé extérieurement par une bande étroite de tissu blanchâtre et résistant. Intérieurement, on voit qu'il siége à la partie inférieure d'une ulcération ancienne, longue de 4 centimètres $1/2$, et dont le fond noirâtre est creusé de petites aréoles dues à une cicatrisation irrégulière. Le reste du tube digestif ne portait aucune trace d'autres ulcérations. Le bout supérieur était excessivement dilaté, au point d'acquérir une circonférence de 13 centimètres, tandis que celle du bout inférieur équivalait à peine à 5 centimètres $1/2$. Des matières fécales jaunâtres, liquides et très mousseuses, comme si elles avaient été agitées avec des gaz, étaient arrêtées au-dessus de l'obstacle, en même temps qu'un très grand nombre de pepins d'orange, des noyaux de prunes et autres corps étrangers solides, qui n'avaient jamais pu franchir le rétrécissement. La fin de l'intestin grêle contenait aussi quelques matières ; mais celles-ci étaient très abondantes et plus consistantes dans le gros intestin. L'estomac était sain.

Le malade, à l'autopsie duquel cette pièce a été recueillie était un corroyeur, âgé de cinquante-huit ans, de bonne santé habituelle, qui avait été pris de diarrhée au commencement du mois de février, et était entré quinze jours après dans le service de M. Grisolle avec tous les signes d'un véritable choléra (vomissements et diarrhée blanchâtres, suppression des urines, aphonie, altération des traits, refroidissement des extrémités, etc.). Un traitement approprié fit cesser rapidement cet ensemble de symptômes, et la constipation ayant succédé à la diarrhée, on administra, le 28 février, de l'huile de ricin. Ce purgatif provoqua des vomissements, du météorisme et des accidents graves, comme ceux d'un étranglement interne. Cependant le cours des selles se rétablit ; mais, depuis cette époque, le malade ne cessa d'avoir le ventre excessivement ballonné, des borborygmes continuels et des alternatives de diarrhée et de constipation. Jamais les selles ne présentèrent de caractères particuliers, et jamais on ne put sentir

de tumeur par le palper abdominal. Le malade vomissait rarement et conserva presque toujours de l'appétit. Dans ces conditions, on diagnostiqua une occlusion intestinale incomplète, et, dans les derniers temps, la pâleur, l'amaigrissement croissant du malade, joints à une infiltration des téguments, firent rapporter cette occlusion à un cancer de l'intestin, trop peu étendu et trop profondément situé pour être senti à travers les parois de l'abdomen.

M. *Besnier* émet l'opinion que les phénomènes de choléra présentés au début par le malade étaient déjà à cette époque provoqués par le rétrécissement de l'intestin.

11. M. *Millard* fait voir en place un énorme morceau de bœuf bouilli qui s'est arrêté dans la partie inférieure du pharynx, derrière l'épiglotte, a bouché complètement l'entrée du larynx et causé très rapidement la mort par asphyxie. L'accident est arrivé pendant le repas chez un vieillard de soixante-neuf ans, entré récemment dans le service de M. *Grisolle* pour une paraplégie, et qui était remarquable par sa glotonnerie. Il n'avait plus de dents et ne prenait pas la peine de fragmenter ses aliments solides. Il était très occupé à manger, quand tout à coup ses voisins le virent bleuir et s'agiter comme quelqu'un qui ne peut plus respirer. On ne songea malheureusement pas à explorer la cavité buccale, et, avant que l'interne de garde n'eût eu le temps d'arriver, le malade était mort.

A l'autopsie, on a trouvé derrière l'épiglotte, et comme enclavé dans la partie inférieure du pharynx et dans l'ouverture du larynx, un morceau de viande taillé irrégulièrement en forme de trapèze, à grand diamètre vertical, ne mesurant pas moins de 38 millimètres dans sa plus grande hauteur, large de 32 millimètres, et présentant vers le milieu de sa face antérieure une sorte de saillie qui lui donne en ce point une épaisseur de 3 centimètres. L'œsophage au-dessous était vide. Le cœur renfermait une très faible quantité de sang; les poumons et tous les autres organes étaient médiocrement congestionnés comme dans les asphyxies à marche rapide. L'ouverture du crâne a fait voir les traces d'une hémorragie méningée consistant dans une nappe mince de sang coagulé

qui était comprise entre deux fausses membranes lisses et peu résistantes, adhérant à la dure-mère.

La moelle épinière, qui a été examinée à cause de la paraplégie dont le malade était atteint, présente de distance en distance, le long de sa face postérieure, plusieurs petites plaques ou lamelles d'un tissu très blanc, d'aspect calcaire, et qui n'est autre que du cartilage. Elles sont développées en dehors de la pie-mère sur l'arachnoïde. Quant à la moelle elle-même, elle paraît avoir conservé partout sa consistance et sa structure normales.

M. Cruveilhier fait remarquer que ces productions cartilagineuses de la surface externe de la moelle ne sont pas très rares et qu'on ne saurait leur attribuer la paraplégie dont le malade était atteint.

M. Verneuil. Il est très important d'être prévenu de cette cause d'asphyxie, si fréquente chez les vieillards, en même temps que du siège des corps étrangers qui s'arrêtent le plus souvent, comme ici, immédiatement au-dessus du larynx et pourraient être retirés à temps si on y songeait toujours. Il faut tenir grand compte de cette circonstance, que l'accident est survenu pendant le repas, et explorer immédiatement la gorge. Mais le plus souvent on tâtonne, on tourne autour de la difficulté, et l'on perd ainsi un temps précieux. C'est ce qui m'est arrivé pendant mon internat à la Salpêtrière. Appelé près d'une vieille femme, qui venait d'être prise brusquement de suffocation, je ne soupçonnai que trop tard la nature de l'accident; ce n'est qu'au bout de vingt-cinq minutes, en apprenant par l'infirmière qu'il s'était produit pendant le repas de la malade, que je songeai à ouvrir la bouche; je sentis avec le doigt un morceau de bœuf volumineux arrêté à l'entrée du larynx, dont l'extraction eût été des plus faciles et eût certainement sauvé la malade si elle avait été faite sur-le-champ. Les gens de service, dans les hôpitaux de vieillards surtout, devraient recevoir des instructions à cet égard.

M. Foville. L'exploration de la gorge, dans ce genre d'accidents, ne doit être pratiquée que par des personnes intelligentes, car j'ai vu un cas où l'infirmière, au lieu d'extraire le corps étranger, qui était un morceau de veau, chercha à le pousser de vive force dans

l'œsophage et ne réussit qu'à l'engager dans le larynx; il fallut faire la trachéotomie, pendant laquelle la malade succomba.

12. M. Baudot montre un *anévrisme disséquant de l'origine de l'aorte*, rompu dans le péricarde. — Le nommé Rivière, âgé de cinquante ans, fleur, entre dans le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Saint-Antoine, le 40 mai 1859.

Depuis plus de dix ans, ce malade est tourmenté par une dyspnée plus considérable en hiver qu'en été, augmentant chaque année et présentant des paroxysmes fréquents.

Cet hiver, il était souvent en proie, pendant la nuit, à des accès de suffocation qui le forçaient de quitter le lit, de s'asseoir sur une chaise et quelquefois de se cramponner aux barreaux de son lit, tant il avait de peine à respirer. Il entendait distinctement des sifflements nombreux dans sa poitrine, sifflements qui persistaient pendant toute la durée de l'accès, c'est-à-dire en général cinq à six heures. La cessation de l'accès était en général annoncée par l'expectoration de quelques crachats épais et mucoso-purulents. Jamais il n'a eu d'œdème des membres inférieurs. Il ne se plaignait pas de palpitations.

A la visite du soir, il est dans l'état suivant : les lèvres violettes, ainsi que la face; les veines du cou peu saillantes, le pouls fréquent, petit et facilement dépressible, à 424; les mains froides, ainsi que les membres inférieurs. Il est obligé de se tenir appuyé contre des oreillers dans une position demi-assise; pas d'œdème des membres inférieurs ni d'épanchement péritonéal. Les battements du cœur sont précipités, et de temps à autre on constate quelque irrégularité; mais l'auscultation la plus minutieuse ne fait découvrir ni bruit de souffle ni aucun autre bruit anormal. La percussion dénote l'existence d'une matité considérable à la région précordiale et d'une augmentation de volume du foie, qui dépasse de plus d'un travers du doigt le rebord des fausses côtes.

Râles muqueux abondants à la base des deux poumons; crachats mucoso-purulents, expectorés avec peine. (Vomitif et potion contenant de la digitale.)

Le lendemain matin, il se trouve un peu soulagé. Les lèvres sont moins violettes, la dyspnée moins intense; les battements du

cœur ne présentent plus aucune irrégularité et sont un peu moins fréquents.

La journée est assez bonne, et le soir le malade allait manger un potage que la sœur venait de lui donner, lorsqu'en quelques secondes il meurt.

Autopsie. — La poitrine ouverte, on trouve le péricarde considérablement distendu par une quantité de sang dont le poids s'élève à 285 grammes. Le sang est coagulé, pour ainsi dire, en totalité, et fort peu de sérosité existe dans le péricarde, dont la couleur est normale et l'aspect lisse.

Le cœur offre un volume considérable; voici les dimensions :

Circonférence horizontale au niveau de la base des ventricules, 32 centimètres; circonférence verticale d'une base à l'autre des ventricules (de la face antérieure à la face postérieure), 34 centimètres; épaisseur du ventricule gauche, 5 centimètres au maximum et 3 centimètres au minimum; épaisseur du ventricule droit, 5 millimètres.

Pas de lésion des orifices auriculo-ventriculaires. Un peu d'insuffisance aortique sans rétrécissement.

Le calibre de l'aorte est plus considérable qu'à l'état normal. En disséquant les vaisseaux qui partent du cœur, on aperçoit derrière l'auricule droite et à la partie latérale droite et un peu postérieure de l'aorte, une ecchymose considérable offrant à peu près 4 centimètres de hauteur sur 5 centimètres de largeur. Un peu au-dessus de cette partie, on aperçoit une espèce de bouchon formé par un petit caillot noirâtre et oblitérant un orifice dû probablement à une perforation de l'aorte, perforation que présenterait une forme ovale dont le plus grand diamètre est de 3 millimètres et vertical, et le plus petit d'un millimètre et demi et transversal. L'aorte paraît amincie en ce point.

Pour bien examiner la perforation, on incise le vaisseau dans toute sa longueur à sa partie latérale et postérieure gauche, et l'on trouve tout d'abord un caillot se continuant jusque dans l'intérieur du ventricule gauche. L'aorte présente dans la portion ascendante de la crosse des plaques cartilagineuses et calcaires, plaques dont quelques-unes ont leur bord saillant et détaché du reste de la paroi artérielle. Ces plaques n'existent plus dans l'aorte descendante.

Un peu plus bas, on trouve une masse de sang coagulé du volume d'une grosse noix, située entre la paroi artérielle, d'une part, et un repli qui se continue lui-même avec la paroi artérielle, au niveau des valvules sigmoïdes. Ce repli, dont le bord libre est inégal, déchiqueté, présente quelques petites plaques ostéo-cartilagineuses. Sa hauteur est de 4 centimètres à son maximum; le sang qui sépare ce repli de la paroi artérielle étant enlevé avec ménagement, on constate la présence de concrétions fibrineuses molles et d'un rouge noirâtre adhérentes à la paroi opposée. En lavant cette paroi à l'aide d'un jet d'eau, on aperçoit facilement l'orifice interne de la perforation.

CROUP SURVENU DANS LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE. — TRACHÉOTOMIE; MORT; AUTOPSIE; par M. COULON.

Duval (Félicie), âgée de vingt-deux ans, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le docteur Hérard, le 15 avril 1859.

Cette jeune fille est d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution. Menstruée pour la première fois à l'âge de quinze ans, elle a toujours été bien réglée. Depuis cinq mois, elle habite Paris.

Il y a huit jours, elle a ressenti un frisson violent; ces frissons revinrent pendant trois ou quatre jours, mais à des heures différentes de la journée. En même temps, la malade avait de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, de la courbature, une perte complète de l'appétit avec un peu de diarrhée; elle eut aussi quelques épistaxis.

État actuel le 15 avril 1859. — Céphalalgie, malaise général, courbature, faiblesse extrême (la malade n'a pu venir à pied à l'hôpital). Langue un peu humide, blanche au milieu, rouge sur la pointe et les bords; fuliginosités sur les lèvres, les gencives et les dents; pas d'appétit; quelques nausées; la malade attribue ces nausées au vomitif qu'elle a pris deux jours avant son entrée à l'hôpital; ventre douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on perçoit facilement du gargouillement par la pression; pas de taches rosées lenticulaires; un peu de diarrhée; pas de râles dans la poitrine; pouls mou, dépressible; 40 pulsations.

16. — La malade est dans le même état que la veille. On lui fait prendre 0,05 centigrammes de tartre stibié et 0,40 centigrammes de sulfate de soude ; il en résulte quelques vomissements et plusieurs selles qui paraissent améliorer l'état de la malade. Limonade pour boisson.

17. — Un peu de mieux. Des cataplasmes sont appliqués sur le ventre.

18. — Même état. Deux verres d'eau de Sedlitz.

19 et 20. — Pas de changement.

21, 22 et 23. — Les symptômes du côté de la tête (douleur très vive, délire, agitation) semblent prédominer au point de faire croire à une complication de méningite. — Des ventouses scarifiées sont appliquées derrière la nuque. La malade se trouve mieux après la perte de sang ; les phénomènes cérébraux s'amendent considérablement.

25. — Cette jeune femme se plaint d'une douleur à la gorge ; en même temps sa voix est très enrrouée.

26. — L'aphonie est plus prononcée ; la malade a une métorrhagie assez abondante. De la glace est appliquée sur l'abdomen.

27. — Toux fréquente ; douleur vive à la gorge. — La métorrhagie est arrêtée, mais il est survenu une épistaxis abondante et un écoulement de sang par les gencives au niveau d'une dent arrachée depuis six mois.

28. — A la visite du matin, on trouve une gêne notable de la respiration, qui est bruyante ; l'inspiration est bruyante autant et plus que l'expiration. Il existe une aphonie complète. La douleur laryngée se fait sentir spontanément et à la pression. L'examen de la gorge fait voir un peu de rougeur, mais pas de fausses membranes.

Comme l'expiration est aussi difficile que l'inspiration, on en conclut qu'il n'y a pas d'œdème de la glotte, et que la gêne de la respiration doit tenir à une de ces laryngites qui se développent dans la convalescence des fièvres typhoïdes (laryngite nécrosique), ou bien à une laryngite pseudo-membraneuse.

L'auscultation de la poitrine fait entendre en arrière du thorax quelques râles sibilants, mais ces râles paraissent être le retentissement des bruits laryngés. La toux est rauque et un peu humide. Il y a 28 à 30 respirations par minute et 135 pulsations.

M. Hérard, craignant que l'on ne soit obligé de pratiquer la trachéotomie dans le courant de la journée, montre cette malade à M. Voillemier. On décide que la gêne de la respiration n'est pas encore assez grande pour pratiquer immédiatement l'opération.

L'asphyxie augmente rapidement. A midi et demi, la malade est mourante, elle dit elle-même qu'elle ne voit plus et qu'elle n'entend plus ; les veines du cou sont gonflées, les lèvres bleuâtres, le visage pâle et couvert d'une sueur froide. L'auscultation de la poitrine ne fait entendre que le retentissement des bruits laryngés.

Je réunis aussitôt mes collègues de l'hôpital pour demander leur avis : tous s'accordent à dire qu'il y a urgence de pratiquer immédiatement la trachéotomie.

Je pratique aussitôt cette opération en incisant couche par couche jusqu'à la trachée ; l'opération n'est accompagnée d'aucun accident : il n'y a pas d'hémorrhagie, la canule est introduite sans difficulté à l'intérieur de la trachée.

Aussitôt après, il y a un soulagement notable : le visage de la malade redevient coloré, l'auscultation de la poitrine fait entendre un murmure vésiculaire sans mélange de râles à droite ; à gauche, on entend le murmure vésiculaire mêlé de râles muqueux.

L'amélioration n'est pas de longue durée ; la respiration redevient très fréquente. Vers cinq heures de l'après-midi, il y a 52 respirations et 160 pulsations par minute ; à sept heures et demie du soir, la malade succombe asphyxiée.

Autopsie faite trente-huit heures après la mort. — La plaie de la trachée a une étendue d'un centimètre $1/2$ à 2 centimètres ; elle commence immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde ; l'incision faite pour arriver à la trachée a divisé l'isthme du corps thyroïde dans sa partie médiane et dans toute son étendue, cependant il n'y a pas eu d'hémorrhagie, comme nous l'avons dit précédemment.

La face supérieure de l'épiglotte n'est pas altérée ; il en est de même des replis aryéno-épiglottiques. La face inférieure de l'épiglotte, au contraire, est tapissée par un produit grisâtre ressemblant à une fausse membrane, mais n'offrant pas de consistance et ne pouvant pas être enlevé par lambeaux ; toute la face interne du larynx est recouverte par cette matière grisâtre, qui oblitère complètement l'ouverture glottique et efface entièrement la cavité des

ventricules du larynx. Ce produit grisâtre n'a pas d'odeur gangréneuse ; aussi est-il regardé comme un produit pseudo-membraneux. Si on vient à l'enlever, on trouve au-dessous la muqueuse laryngée très injectée et présentant même quelques ulcérations superficielles.

Toute la face interne de la trachée, des bronches et des divisions bronchiques (aussi loin que l'on peut aller), est tapissée par des fausses membranes formant des tubes complets ; cependant ces fausses membranes n'offrent pas une épaisseur considérable. Les poumons sont congestionnés.

L'œsophage et l'estomac ne présentent aucune altération. La muqueuse de l'intestin grêle est injectée ; les plaques de Peyer sont saillantes : deux d'entre elles sont ulcérées ; mais déjà les bords sont aplatis et de niveau avec le fond de l'ulcération, qui est un peu rouge. Il existe une psorentérie très marquée.

Le foie et la rate sont volumineux, mous et friables.

Les méninges et le cerveau sont congestionnés.

ÉLÉPHANTIASIS (?). TRANSFORMATION FIBRO-PLASTIQUE ET GRAISSEUSE DES MUSCLES ET DU TISSU CELLULAIRE DU BRAS, DU SOUS-SCAPULAIRE, DU GRAND PECTORAL ET DES SCALÈNES, ETC., par M. JOUON, interne des hôpitaux.

Gueudet (Eugène), âgé de trente ans, tailleur, entre à la Charité, salle Sainte-Vierge, le 14 janvier 1859.

Cet homme, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution médiocrement vigoureuse, n'a pas eu de maladies graves antérieures.

Au mois de mars 1857, une douleur vive paraît dans l'avant-bras droit, mais la nuit seulement ; son siège précis était la partie interne du tiers supérieur. En même temps le malade s'aperçoit d'un certain engourdissement et d'une faiblesse dans les mouvements des deux derniers doigts. Bientôt le gonflement commence dans le coude et au-dessus de la saignée ; mais, d'abord peu considérable, il permet au malade de continuer son travail en prenant seulement de temps en temps quelques bains de vapeur.

En l'espace d'un an, les douleurs persistant avec une intensité modérée, la tumeur acquiert le volume qu'elle a maintenant, mal-

gré l'emploi à l'intérieur de l'iodure de potassium pendant trois mois, et d'un bandage roulé compressif sur le membre qui avait momentanément arrêté le gonflement. La santé générale s'est maintenue bonne ; l'appétit est conservé ; la digestion se fait bien ; le sommeil laisse à désirer à cause des douleurs nocturnes.

A son entrée à l'hôpital, le malade ne donne aucun renseignement sur la cause de son affection ; pas de blessures, pas de constriction du membre, pas d'antécédents syphilitiques.

Le bras et l'avant-bras sont seuls tuméfiés ; l'épaule est d'une grosseur normale ; seulement dans le creux sus-claviculaire existe une petite tumeur dure, inégale, très obscurément mobile, et paraissant suivre les vaisseaux du cou ; on la perd derrière la clavicule. On sent peu distinctement les battements de la carotide ; la tête est inclinée vers l'épaule droite. Le volume du membre est au moins doublé ; le coude est aussi gros que le bras ; la masse est d'une dureté remarquable, cependant elle se laisse un peu déprimer par une pression forte et prolongée ; la peau est lisse et tendue partout.

On ne peut sentir de battement artériel que profondément dans l'aisselle ; le pouls brachial, radial et cubital est insaisissable ; aucune veine n'est visible sous la peau.

La douleur et les fourmillements des doigts continuent ; il y en a beaucoup moins dans le bras.

16 janvier. — Le membre, entouré d'un bandage roulé compressif, est suspendu sur une planchette aussi haut que possible. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement diminue notablement, mais les battements artériels ne sont pas plus apparents.

28. — Le malade est confié à M. Vriès. On constate alors l'état suivant : le gonflement avec induration du membre est le même ; vers l'épaule, il existe des grains indurés disséminés dans la peau encore saine ; au pli du coude, les téguments ont une teinte grisâtre, et sont le siège de plusieurs vésicules contenant un liquide brunâtre ; le bras mesure 38 centimètres de circonférence.

Dans les jours qui suivent, le bandage roulé étant enlevé, la tuméfaction augmente ; l'eschare du pli du coude se détache, et il reste une ulcération profonde. Cette plaie, traitée par des cataplasmes, marche régulièrement vers la cicatrisation. D'ailleurs

même état des douleurs; le gonflement semble s'arrêter; l'état général reste bon.

7 mars. — Le malade éprouve de l'inappétence, de l'abattement; 442 pulsations.

15. — Une autre eschare, suivie de plaie arrondie, se fait à la face interne du membre.

30. — M. Velpeau reprend la direction du malade; alcoolature de ciguë (10 gouttes), que l'on augmente graduellement sans résultat.

9 avril. — La plaie gangréneuse du coude est guérie; mais il en existe deux autres de même espèce: l'une en avant, l'autre en dedans du bras. Le malade est pris d'une diarrhée sur laquelle le sous-nitrate de bismuth et l'opium agissent peu; l'état général reste assez bon.

Depuis quelque temps il y a de l'engourdissement et de légères douleurs au cou, à l'oreille, à la région parotidienne.

29. — La diarrhée persiste. Sur le bras existent quatre grands ulcères profonds à bords durs et à fond gangréneux, suppurant beaucoup; un autre se fait à l'avant-bras sous l'influence de cette suppuration; le volume et la dureté du membre diminuent légèrement.

5 mai. — Affaiblissement du malade, qui mange fort peu; le pouls est fréquent et irrégulier; les plaies continuent à s'étendre, mais sans produire de douleurs. Quelques étourdissements depuis deux jours; pas de bourdonnements d'oreille. Diarrhée persistante; face pâle, terreuse; cependant le malade continue à se lever tous les jours.

10. — Le malade meurt subitement à six heures de l'après-midi, après s'être promené comme d'habitude et quelques instants après s'être mis au lit. Il avait eu des étourdissements assez forts dans la journée.

Autopsie. — L'aspect du sujet est le même que pendant la vie: téguments pâles, décolorés; grande maigreur; la tête est inclinée fortement vers l'épaule droite; le bras et l'avant-bras très tuméfiés, tandis que la main et le poignet sont maigres, offrent quatre larges ulcérations gangréneuses; on voit aussi la cicatrice de la plaie du coude. Sur le moignon de l'épaule, la peau est parsemée d'une quinzaine de tubercules durs, arrondis; un peu saillants, du vo-

lume d'un pois. Une coupe de ces corps présente une masse dure à la périphérie, et un peu molle, jaunâtre, au centre; elle se compose de cellules d'épiderme, d'une grande quantité de noyaux d'épithélium libres, et de nombreux éléments fibro-plastiques nouveaux ou en voie de destruction.

Dans toute l'étendue du membre, la peau, modérément épaissie, repose, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une couche cellulo-adipeuse œdématiée, sur une masse blanchâtre parsemée de points jaunes et de quelques fibres musculaires rosées, au milieu de laquelle sont logés les vaisseaux et les nerfs. Tous les muscles sont en presque totalité transformés en ce tissu pathologique dense, mais assez friable et d'aspect de tubercule tru. On le trouve encore épanché dans le grand pectoral, le sous-scapulaire, etc., soit en lames, soit en noyaux irréguliers, depuis le volume d'une épingle jusqu'à celui d'une petite noix.

Au microscope, on le trouve constitué par une grande quantité de granulations moléculaires et d'un certain volume, solubles dans l'éther (graisseuses); de noyaux libres, de toutes formes et de toutes dimensions, ovalaires, arrondis, déformés, beaucoup en voie de multiplication par scission; et enfin de cellules *fusiformes fibro-plastiques*: les unes de date récente, de petite dimension, à contours bien nets; les autres, considérablement grossies et pâles, infiltrées de graisse, contenant un noyau énorme ou de moindre volume, 15 à 9 millimètres, sont évidemment en voie de régression graisseuse; quelques-unes simuleraient des cellules d'encéphaloïde, cependant aucune n'est multinucléée, et la cellule garde un volume toujours beaucoup supérieur à celui du noyau. Les faisceaux musculaires sont également détruits, les uns complètement; les autres en partie gardent leur forme, mais leur névrième est infiltré et rempli de granulations graisseuses.

Sous les couches superficielles restées saines du cou, peau, muscles sterno-mastoïdiens, veines jugulaires, artère carotide, etc., on trouve le long des vertèbres (à droite) une tumeur allongée verticalement, dure, au milieu de laquelle pénètrent et sont comprimés le plexus brachial et l'artère sous-clavière; ce vaisseau est cependant perméable au stylet. Cette tumeur n'est pas autre chose que les scalènes, qui ont subi la substitution déjà signalée pour les muscles du bras; ils sont denses, friables; leurs fibres superficielles

ont conservé leur aspect normal. Ce produit pathologique entoure le paquet vasculo-nerveux, et l'accompagne dans l'aisselle au milieu de ganglions lymphatiques très hypertrophiés jusqu'au bras, où il se perd dans la masse uniforme des tissus. L'artère, quoique comprimée, reste perméable au stylet. Les grosses veines axillaires sont intactes; on n'y trouve aucun caillot, mais au bras elles se perdent comme le reste dans la gangue fibro-plastique.

L'os est sain; seulement sa tête est immédiatement coiffée de la capsule, dans laquelle on reconnaît le tendon de la longue portion du biceps demeuré avec ses caractères normaux.

Poumons sains; quelques adhérences à gauche; pas de traces de tubercules. Cœur sain, contenant des caillots noirs récents. Foie normal, rate hypertrophiée. Le cerveau, ainsi que ses artères, est intact, mais pâle; œdème abondant de la pie-mère. Moelle saine à la région cervicale; le reste n'a pas été examiné.

Les autres organes n'ont pas été étudiés; ils paraissaient tous sains; on n'avait, pendant la maladie, observé que de la diarrhée; dans les premiers mois du séjour à l'hôpital, on avait vainement cherché de l'albuminurie.

LUXATION COMPLÈTE DU FÉMUR DANS LE TROU OVALE, OU ISCHIO-PUBIENNE, par M. DUBOUÉ, interne des hôpitaux.

Gauthier (Philibert), âgé de cinquante-quatre ans, scieur de marbre, est entré le 22 octobre 1858 à l'hôpital Saint-Louis, quelques heures après avoir été surpris, au milieu de son travail, par un accident dont il est resté victime. Transporté au n° 22 de la salle Saint-Augustin à l'heure de la visite, cet homme se trouve dans un état tellement grave, qu'il peut à peine répondre aux questions que lui adresse M. Foucher, dirigeant en ce moment le service de M. Richet. Les personnes qui l'accompagnent nous apprennent qu'il a été renversé par un bloc de marbre très volumineux qui a atteint le côté gauche de sa poitrine, au moment où il écartait violemment la jambe droite pour fuir le danger qui le menaçait. Le membre inférieur gauche, supportant alors le poids de cette masse dont il n'a pu se garantir, a subi un écartement forcé, et l'on a dû venir au secours du blessé, qui ne pouvait pas se rele-

ver. Le malade lui-même confirme d'ailleurs ce témoignage, et dit ne pas avoir perdu connaissance.

Voici l'état dans lequel il se présente à nous :

La pâleur de la face et les traits du visage expriment une anxiété extrême ; la respiration est difficile et fréquente, et pourtant la poitrine se soulève à peine sous l'effort des muscles qui s'y attachent, et qui participent à l'impuissance dont est frappé le système musculaire tout entier. Le malade demeure dans une insensibilité absolue ; néanmoins les mouvements volontaires sont possibles, quoique exécutés avec lenteur ; la sensibilité, un peu obtuse, il est vrai, persiste à la surface du corps. Le membre inférieur gauche a seul perdu les mouvements spontanés.

Je ne ferai que mentionner l'état de la poitrine, qui, malgré sa gravité, présente moins d'intérêt que la lésion de la hanche, dont il va être question. Les trois ou quatre premières côtes sont le siège, vers leur partie moyenne, de fractures comminutives dont la constatation ne peut pas être douteuse. La peau et les parties molles sous-jacentes se laissent déprimer à ce niveau à une profondeur assez grande ; la main qui explore en ce point les parois pectorales fait percevoir une crépitation très évidente. Le malade ne pouvant être placé sur son séant, on n'a pu pratiquer l'auscultation ni la percussion de la poitrine en arrière ; en avant rien de particulier à noter.

Le membre inférieur gauche, qui est placé dans la rotation en dehors, ne peut pas, comme je viens de le dire, accomplir le moindre mouvement volontaire, mais tous les mouvements communiqués sont possibles et même faciles, à l'exception de celui d'adduction, qui est très borné. L'aspect de la cuisse est changé par l'existence d'une double déformation : d'une part, une dépression profonde remplaçant la saillie que fait normalement le grand trochanter ; d'autre part, une tuméfaction diffuse, mais très sensible, à la partie supérieure et interne du membre, au-dessous du pli génito-crural, qui est conservé. Si l'on explore d'une main le pli de l'aîne ou la fosse iliaque externe, pendant que de l'autre on fait exécuter à la cuisse tous les mouvements qu'elle est susceptible d'accomplir, on ne trouve rien de changé dans la conformation normale de ces parties. Mais si, après avoir appliqué la pulpe des quatre derniers doigts de la main gauche sur le milieu de la

symphyse pubienne, on suit exactement la branche descendante du pubis du côté gauche, on tombe, vers le milieu de la branche ischio-pubienne et un peu en dehors, sur une saillie dure et arrondie que l'on reconnaît aisément être la tête fémorale. Les mouvements qu'on imprime au fémur lui sont communiqués, et on la sent rouler sous la main qui l'explore. En ce point on aperçoit sous la peau une ecchymose de forme à peu près circulaire, ayant environ 3 ou 4 centimètres dans tous ses diamètres. Le malade paraît ne ressentir que de très faibles douleurs durant cette exploration, et se plaint seulement d'avoir *froid au pied gauche*; le toucher seul, en effet, permet de constater sur ce membre un abaissement notable de température.

Le blessé est mort quelques heures après l'accident, avant qu'on ait pu songer à opérer la réduction de sa luxation.

L'autopsie a été pratiquée trente heures après la mort, malheureusement l'ouverture de la poitrine n'a pas pu être faite.

La dissection de la hanche gauche et de la cuisse correspondante nous a révélé les détails suivants :

Une quantité considérable de caillots occupe le tissu cellulaire intermusculaire. Le petit bassin est le siège d'un épanchement de même nature.

Les muscles qui entourent l'articulation ayant été disséqués avec soin, on ne tarde pas à apercevoir la tête fémorale chassée de la cavité cotyloïde, et occupant la place qui lui avait été reconnue pendant la vie du malade. Elle est située dans la fosse obturatrice, sur le muscle obturateur externe, dont un grand nombre de fibres avaient été déchirées. Reposant sur ce muscle par sa partie postérieure, elle est recouverte en avant par le pectiné et le premier ou moyen adducteur; le muscle *psaos iliaque* passe au-devant du col du fémur, qu'il croise à angle très aigu. La tête du fémur, complètement chassée de sa cavité, ne repose sur le rebord cotyloïdien par aucun point de sa circonférence. Le grand trochanter correspond à peu près au milieu de l'espace qui va de la tubérosité de l'ischion à la cavité cotyloïde, il se rapproche peut-être davantage de cette dernière. Le ligament rond est arraché à son insertion fémorale; la capsule articulaire, largement déchirée à sa partie interne, est restée intacte dans tout le reste de son étendue. Une ouverture circulaire ayant à peu près le dia-

mètre d'une pièce de 50 centimes existait normalement à sa partie antéro-supérieure ; elle faisait communiquer la synoviale de l'articulation avec la bourse séreuse de glissement du muscle psoas iliaque. La déchirure de la capsule représente une sorte de boutonnière dirigée verticalement et à bords irréguliers ; la partie de la capsule qui la limite en avant est très résistante, et c'est elle qui, dans un état de forte tension, porte obstacle au mouvement d'adduction. Il est facile, en portant le doigt dans cette ouverture, de constater l'intégrité de tout le reste de la capsule, et d'explorer le vide de la cavité cotyloïde dans toute son étendue.

Il existe en même temps une fracture du bassin commençant exactement sur l'éminence ilio-pectinée, et aboutissant à l'épine sciatique ; elle partage donc la cavité cotyloïde en deux parties à peu près égales, l'une supérieure et l'autre inférieure. En saisissant le corps du pubis d'une main, et de l'autre la crête iliaque, on fait mouvoir les deux fragments l'un sur l'autre. Le muscle obturateur interne, le périoste et la capsule les maintiennent au contact.

Extrait du rapport de M. TRÉLAT.

La mort du blessé quelques heures après l'accident permit de constater les désordres à l'état de pureté (passez-moi le mot), c'est-à-dire sans les modifications qu'amènent ou le temps ou le traitement. Les chirurgiens ont eu très peu d'occasions de faire de semblables autopsies, et lorsqu'ils ont eu cette bonne fortune, c'étaient toujours des luxations réduites ou des luxations anciennes qu'ils trouvaient sous leur scalpel. Mais ce n'est pas là le seul mérite de cette observation. J'y trouve, en effet, que « la tête du fémur, complètement chassée de sa cavité, ne repose sur le rebord cotyloïdien par aucun point de sa circonférence. » La luxation est donc complète, chose rare qui, jusqu'alors, n'a guère été constatée que sur le vivant, par conséquent d'une façon quelque peu douteuse. Ici le doute n'est plus permis, la preuve anatomique existe sans contestation possible. On ne dira pas que la cause vulnérante avait une puissance exceptionnelle capable de produire les déplacements les plus étendus. Cette violence du choc est la règle et

non l'exception; le blessé est frappé par un corps très lourd, renversé par une charrette, enfoui sous un éboulement ou précipité d'une grande hauteur. Et cependant la tête fémorale garde presque toujours quelques rapports avec son cotyle, tant est grande la solidité de cette articulation !

Je regrette que M. Duboué n'ait pas songé à mesurer le membre luxé. Était-il allongé, comme le pensent beaucoup de chirurgiens, ou raccourci, ainsi que le prétend M. Malgaigne ? Question litigieuse sur laquelle le présentateur aurait pu nous fournir des renseignements d'autant plus précieux que le cas était plus tranché.

La position du membre, qui était dans la rotation en dehors, l'impossibilité du mouvement d'adduction, tout cela est parfaitement d'accord avec ce que nous enseigne l'étude des faits antérieurs. Arrêtons-nous un moment sur la position de la tête luxée, et la saillie qu'elle détermine sous les parties molles. Il s'en faut de beaucoup que cette saillie soit toujours bien considérable; le plus ordinairement elle est tellement cachée sous les muscles, que plusieurs observateurs ont confessé qu'ils n'avaient pu la sentir. J'emprunte ces derniers mots à M. Malgaigne, et j'en trouve de nouvelles preuves dans nos *Bulletins* de 1854 (p. 263). Un homme renversé par un train de chemin de fer, et atteint de plaies et de fractures diverses, est amputé de la jambe par M. Demarquay; il meurt au bout de deux mois. On découvre, à l'autopsie, que le fémur est luxé sous le pubis, la capsule est largement déchirée, le ligament rond n'existe plus; tous les muscles situés au-devant de l'articulation sont lacérés, hormis le *psaos iliaque*, qui est seulement tendu. A ce propos, M. Axenfeld vous rappela un autre cas de luxation dans la fosse ovale, où la rotation de la cuisse n'était guère plus marquée que dans le décubitus à l'état sain.

On comprend alors comment les doigts du chirurgien ont parfois bien de la peine à rencontrer cette tête osseuse si profondément cachée. Et, en effet, je vois dans l'observation de M. Duboué qu'en explorant le pli de l'aîne et la région antérieure de la cuisse, on ne trouvait aucune disposition anormale. Il fallait glisser les doigts jusque vers le milieu de la branche ischio-pubienne pour toucher une saillie dure et ronde, qui était bien la tête fémorale.

Ce rapport de la tête du fémur avec la branche ischio-pubienne

appartient en propre aux luxations complètes. Il faut, de toute nécessité, que le fémur abandonne le sourcil cotyloïdien pour venir toucher le pubis. Cette nécessité paraît évidente à M. Malgaigne, puisque à propos d'un cas de Hey, où la tête paraissait portée jusqu'au contact du pubis, il ajoute : « La luxation était donc bien complète ! » (Malgaigne, *Luxations*, p. 859.)

Remarquons, en dernier lieu, l'état des muscles qui environnent l'articulation. Le pectiné et le premier adducteur recouvrent la tête, qui repose sur l'obturateur externe, dont les fibres sont dilacérées ; le *psos* iliaque croise le col du fémur, et s'oppose à la réduction. Il me semble, d'après les observations que j'ai lues, que la position de la tête en arrière de l'obturateur (cas de Moreau, Malgaigne, p. 862) est une rare exception, que presque toujours elle est en avant de ce muscle, soit directement sur lui, soit à quelque distance, plus près des adducteurs superficiels, ou même dans leurs interstices.

XXXIV^e ANNÉE. - JUIN 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Néphrite calculeuse prise pour une cystite chronique. — 2. Invagination de la fin de l'intestin grêle; polype de la muqueuse invaginée. — 3. Hydrocéphalie suite de tumeur du cervelet. — 4. Gangrène partielle du col utérin après l'accouchement. — 5. Imperforation congénitale du rectum. — 6. Arrière-faix expulsé trois mois après un avortement probable. — 7. Ulcère simple de l'estomac; hémorrhagie rapidement mortelle par l'artère coronaire stomachique. — 8. Tubercules du rein et de l'uretère. — 9. Hématocèle spontanée de la tunique vaginale. — 10. Hématocèle du scrotum. — 11. Atrophie avec dégénérescence graisseuse des nerfs et des muscles de la cuisse, suite de contracture, chez un paralytique. — 12. Luxation de l'épaule, compliquée de fractures des côtes.

OBSERVATION. — Gangrène sèche de la jambe attribuée à une embolie artérielle : amputation. Mort au bout de huit jours; autopsie. Par M. RAYNAUD, interne des hôpitaux. — Discussion. — Rapport de M. ED. LABBÉ.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Delestre présente un cas de *néphrite calculeuse prise pour une cystite chronique*. — Swaving, âgé de trente-neuf ans, entré le 29 juillet 1858. Le malade a été traité depuis dix ans dans les différents hôpitaux de Paris, et notamment à la Charité par M. Rayer, à la Maison de santé par M. Monod, et en dernier lieu à l'hôpital du Midi par MM. Ricord et Bauchet, pour une cystite chronique. L'histoire des antécédents de la maladie n'a pu être complètement éclaircie. Cet homme, qui est Hollandais, comprend difficilement les questions qu'on lui adresse; il n'a donc pu nous renseigner suffisamment sur les circonstances qui ont accompagné le début de sa maladie; il ne sait dire s'il a souffert primitivement dans la région des reins ou dans le bas-ventre. La mémoire lui fait défaut. Il a eu autrefois une blennorrhagie, mais qui a guéri sans aucune complication.

Lors de notre entrée dans le service (janvier 1859), la miction est accompagnée de très vives douleurs dans le bas-ventre, les aines, le haut des cuisses et les lombes. Ces douleurs accompagnent seulement les envies d'uriner, qui sont très fréquentes. Les urines sont troubles, purulentes et légèrement glaireuses; ces caractères sont plus ou moins marqués et quelquefois même disparaissent presque complètement. Après avoir essayé différents traitements qui n'avaient amené aucun soulagement, M. Ricord en était arrivé à faire dans la vessie, deux fois par semaine, des injections avec une solution de nitrate d'argent (0^{sr},05 pour 400 grammes d'eau). Ces injections déterminaient des douleurs tellement vives, que l'on était obligé de chloroformiser le malade et de prolonger pendant quelque temps l'action du chloroforme. Les douleurs persistaient une partie de la journée; mais le lendemain le malade éprouvait du soulagement : les urines, de purulentes qu'elles étaient, devenaient claires et limpides. A un certain moment, M. Bauchet prescrit des injections avec l'émulsion de copahu, qui a paru bien faire; elles n'ont été répétées que deux fois, bien que ne causant que peu de douleur; on reprit les injections de nitrate d'argent qui agissaient plus efficacement encore. Cependant la maladie suivait son cours avec lenteur; la miction ne s'opérait plus que par le cathétérisme et ne fournissait chaque fois qu'une petite quantité d'urine plus ou moins troublée par un pus épais, jaunâtre, ne renfermant que peu de mucus. Malgré la grande résistance de la vitalité chez ce sujet, qui était depuis longtemps dans le dernier état de maigreur, une terminaison fâcheuse ne pouvait être éloignée.

En effet, vers le 20 mars, nous voyons l'appétit cesser complètement; les traits s'altèrent, la fièvre s'allume pour ne plus quitter le malade.

25 mars. — Du muguet existe sur la langue, les gencives, la voûte palatine; le poulx est petit et très fréquent. Cette complication n'était que le signe avant-coureur de la mort, qui eut lieu le 29 mars 1859.

Autopsie. — Rien à noter extérieurement, sauf l'extrême maigreur du cadavre. Tous les organes ont été examinés, le cerveau excepté. Les poumons et le cœur sont sains; le tube digestif semble seul un peu atrophié, revenu sur lui-même. Le côlon descendant

adhérait par sa face postérieure au rein gauche. Le foie n'offre aucune altération, ainsi que la rate et le poumon; aucune trace d'abcès, de tubercules. L'urètre et la prostate sont sains; la vessie est seulement revenue sur elle-même, sans hypertrophie de ses parois; elle ne présente qu'une coloration gris ardoisé et un peu de ramollissement, résultat des injections; mais nulle part rien qui ressemble aux lésions de la cystite chronique. Les uretères ont leur volume ordinaire, leurs parois, leur épaisseur normales; ils contiennent une assez grande quantité d'un pus crémeux jaunâtre. Les deux reins sont le siège de graves altérations.

Rein gauche.—Il offre sur sa face antérieure une poche purulente de la grosseur d'un œuf, doublée seulement par le péritoine épaissi et un peu de tissu cellulaire qui a contracté des adhérences avec le côlon descendant. Une pression très minime a suffi pour amener la rupture de cette partie, qui a laissé écouler du pus épais et jaunâtre en grande quantité.

Le rein, d'un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal, lobulé, fut assez difficile à extraire de la cavité abdominale, en raison de ses adhérences avec le côlon et le carré des lombes. La coupe pratiquée du bord convexe vers le hile nous a montré le rein désorganisé, transformé en une poche purulente et renfermant plusieurs calculs de forme irrégulière et dont le plus gros avait à peu près le volume d'une grosse amande. Ce qui restait du parenchyme rénal était induré, d'un gris noirâtre; il était impossible de distinguer les pyramides. La paroi antérieure du rein manque dans la moitié de son étendue, et dans ce point la cavité du rein communique largement avec celle de la poche purulente que nous avons signalée au-devant de lui.

Rein droit.—De même volume que le gauche, il adhère par son extrémité supérieure à la face inférieure du foie. A la coupe, il s'échappe un flot de pus lorsque l'on pénètre dans la cavité du bassin. La moitié inférieure de l'organe est très dure au toucher; toute cette partie est remplie par un calcul très dur et très volumineux qui forme au rein comme une espèce de charpente et dont la forme ne peut être mieux comparée qu'à une branche de corail. Ce calcul se compose d'une partie centrale qui occupe le bassin dans sa partie inférieure et supporte des prolongements qui pé-

nètrent dans les calices et jusque dans la substance même du rein, laquelle en ce point est tout à fait désorganisée. Ces calculs sont très durs, gris et chargés d'une foule de petites aspérités. Outre ce calcul principal, il s'en trouvait encore plusieurs autres d'un volume moindre. Leur analyse n'a pas été faite.

2. M. Fischer, interne à l'hôpital Lariboisière, fait voir une *invagination de la fin de l'intestin grêle, avec polype de la muqueuse invaginée*.

S..., âgé de trente-neuf ans, concierge, entre à l'hôpital le 18 avril 1859 (service de M. Chassaignac).

Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé et n'avait jamais éprouvé de maladies intestinales, lorsqu'il y a trois mois il fut atteint de coliques vives et presque continuelles. Il souffrait surtout dans la région du flanc droit. Les selles étaient normales, mais la constipation apparaissait fréquemment.

Aucun médecin ne fut mandé. Des lavements et des cataplasmes arrêtaient ces douleurs. Peu à peu cependant l'appétit diminua, l'amaigrissement fit des progrès : le malade était obligé quelquefois de s'arrêter pendant des journées entières et de cesser tout travail. La violence des douleurs était telle, qu'elle provoquait des transpirations très abondantes qui épuisaient le malade.

Une amélioration momentanée se manifesta trois semaines avant qu'il entrât à l'hôpital, mais elle fut de courte durée, et les accidents reprirent leur cours avec plus d'intensité, à partir des premiers jours du mois d'avril.

À l'entrée, on constate les symptômes suivants :

Faiblesse générale assez marquée, voix encore forte, intelligence parfaitement intacte ; face amaigrie, grippée ; yeux excavés, regard brillant.

Abdomen tendu, sonore, tympanite considérable, remontant jusqu'au rebord des fausses côtes. Les parois de l'abdomen sont encore très élastiques, et les bosselures intestinales ne s'y dessinent pas. La pression du ventre n'est douloureuse sur

aucun point ; cependant le malade accuse un peu plus de sensibilité dans le flanc droit.

Pouls très petit, non accéléré ; pas de refroidissement des extrémités. Le malade ne souffre pas ; il ne se plaint que d'un peu de gêne dans la respiration dépendant de la tympanite ; son moral est excellent. Il nous a été impossible de savoir au reste depuis quelle époque les selles sont supprimées complètement. Le malade a rendu plusieurs fois des lavements colorés par des matières intestinales ; mais depuis huit ou dix jours au moins il n'a pas eu de garde-robes solides. La soif est vive ; la miction se fait sans douleurs et sans difficultés.

Le 18 avril au soir, on prescrit un bain de deux heures, et une application de sangsues au niveau du flanc droit. Lavements émollients.

Le 19 au matin, pas de changement dans l'état du malade. La nuit a été très agitée ; des contractions intestinales violentes ont provoqué des douleurs terribles, incessantes. L'insomnie a été complète ; mais le matin plus de calme. L'ingestion des boissons détermine des vomissements. Pas de déjections alvines.

L'état de l'abdomen n'a guère varié ; un peu plus de tension, pas de douleurs à la pression. (Nouvelle application de sangsues, cataplasmes, friction avec la pommade à l'iodure de potassium.)

Le 20, même état. Le malade est abattu ; la nuit a été mauvaise, sans un seul moment de sommeil. Des lavements entraînent des mucosités intestinales. Vomissements.

Le 21, plus de calme. Coliques fréquentes, mais moins violentes.

Le 22, affaiblissement marqué ; pouls dur, plein, irrégulier ; voix affaiblie, langue fuligineuse, face très grippée. Vomissements dès que la moindre goutte de liquide est avalée. Ventre très tendu, bosselé, plus sensible à la pression. Les coliques persistent.

Dans la nuit du 22, insomnie complète.

Le 23, à neuf heures et demie, opération de l'anus artificiel (méthode de Littré). Par l'incision demi-courbe des téguments, on attire au dehors une anse intestinale pleine de matières liquides. Le doigt introduit au-dessous touche dans la fosse iliaque droite une tumeur dure et résistante, mais la première anse est fixée

au pourtour de la plaie et fendue. Le malade est couché sur le côté droit, pour faciliter l'écoulement des matières ; celles-ci sont très liquides, jaunâtres, abondantes.

Le malade se plaint toujours de douleurs dans l'abdomen, il s'affaiblit de plus en plus ; à trois heures de l'après-midi, mort.

Autopsie le 25 avril.—Épanchement purulent dans le péritoine. Agglutination de quelques anses intestinales. L'anus artificiel a été établi à 3 mètres environ au delà de l'estomac.

En écartant les circonvolutions intestinales, on arrive au cæcum, qui est le siège de l'obstacle. L'intestin grêle, en effet, s'est invaginé dans le cæcum et remonte dans le côlon ascendant. L'étranglement s'est produit au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Le double cylindre invaginé a une longueur de 20 centimètres, de la valvule jusqu'au point où il se replie sur lui-même. Il porte à son extrémité libre un long pédicule (12 centimètres) grêle, terminé par un corps olivaire de 2 centimètres et demi de longueur. Le pédicule adhère à la muqueuse de l'intestin grêle. On a donc par ordre de superposition au delà de la valvule iléo-cæcale : 1° gros intestin (formant le premier cylindre) ; 2° intestin grêle, dont la muqueuse est en contact avec celle du gros intestin (formant le deuxième cylindre) ; 3° intestin grêle replié sur lui-même ; sa séreuse est en contact avec celle du deuxième cylindre ; sa muqueuse avec elle-même (formant le troisième cylindre) ; 4° pédicule du polype s'insérant sur la muqueuse du troisième cylindre.

Le premier cylindre est très injecté, noirâtre, gangrené sur plusieurs points. Le deuxième cylindre est bosselé, irrégulier, injecté, boursoufflé en deçà de l'étranglement. Un stylet introduit par l'intestin grêle, en deçà de la valvule iléo-cæcale, ressort par le bout invaginé, en passant dans le troisième cylindre. Cependant la constriction de la valvule iléo-cæcale est très forte ; son diamètre est de 45 millimètres.

L'extrémité olivaire du polype, fendue, se compose d'une enveloppe fibreuse assez mince, contenant une matière blanchâtre d'aspect glandulaire, mais trop altérée pour que l'on puisse déterminer sa structure avec quelque précision.

Réflexions.—L'invagination de l'intestin grêle dans le cæcum n'est pas rare, et la disposition même de la valvule iléo-cæcale en

rend parfaitement compte. Nous n'aurions donc pas ajouté un fait de plus à ceux qui sont relatés dans les auteurs, si notre observation n'avait présenté une particularité intéressante : la présence d'un polype muqueux à très long pédicule et à extrémité renflée en olive.

Ces polypes, à l'état rudimentaire, ont été déjà signalés ; mais je ne sache pas qu'on en ait trouvé d'aussi développés. Une pièce anatomique du musée Hunter (n° 4378) se rapproche de la nôtre, mais elle paraît être plutôt constituée par une tumeur musculaire hypertrophiée et placée à l'extrémité du cylindre invaginé.

Nous ne mettons pas en doute que le polype n'ait eu une influence incontestable sur l'invagination, et le mécanisme de celle-ci peut s'expliquer de deux façons. 1° L'intestin grêle, sollicité par ce corps flottant dans sa cavité, a dû se contracter vivement, et si l'olive du polype a franchi la valvule iléo-cæcale, elle a entraîné la muqueuse adhérente à son pédicule. 2° Les fèces ont pu également propulser le polype et déterminer l'invagination.

M. Houël ne pense pas que le cas soit aussi rare ; M. Cruveilhier en a cité de semblables dans son ouvrage, et il a même signalé, pour le combattre, l'opinion des auteurs qui considèrent les polypes intestinaux comme une cause fréquente d'invagination. M. Houël est également porté à nier l'influence des polypes sur cet accident ; de ce qu'on le trouve à l'extrémité du boudin invaginé, cela ne prouve pas que le polype ait été la cause de l'intussusception : sur cent observations on n'en trouverait pas dix avec polype. L'invagination, pour se produire, a besoin d'une action vitale, d'une contraction de l'intestin, et elle ne saurait être le résultat purement mécanique de la traction exercée par le polype, entraîné préalablement lui-même par la pression des matières fécales.

M. Trélat. L'argumentation de M. Houël ne prouve pas que les polypes ne jouent aucun rôle. Personne n'a prétendu qu'il fallait nécessairement la présence d'un polype pour déterminer l'invagination ; mais quand une tumeur pareille à celle-ci se rencontre avec cet accident et dans des conditions telles qu'elle peut et doit l'avoir favorisé, il est rationnel d'admettre qu'elle a au moins servi de cause prédisposante.

3. M. Gellée présente un exemple d'*hydrocéphalie suite de tumeur du cervelet*, observée chez un garçon de vingt mois, qui était hydrocéphale depuis l'âge de cinq mois, et qui a succombé à une rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Le liquide avait distendu énormément les ventricules latéraux, détruit les parties centrales, dilaté l'aqueduc de Sylvius au point de lui donner le calibre d'une plume d'oie, et remplissait en outre une cavité anfractueuse creusée dans le cervelet, dont les lobes sont complètement dépliés. L'origine de cette hydrocéphalie doit être rapportée à la présence d'une tumeur dans le lobe gauche du cervelet, et complètement entourée de tissu cérébelleux ramolli; elle a le volume d'une grosse noix, fournit à la coupe et à la pression un suc jaunâtre et laiteux, et renferme une trame très vasculaire. L'examen au microscope n'a pas été fait, mais ces caractères permettent de la considérer comme de nature cancéreuse. Elle n'exerçait aucune compression sur les sinus, ni sur les veines de Galien, qui passaient à 3 centimètres en dehors d'elle. M. Gellée est disposé à expliquer le mécanisme de l'hydrocéphale par le développement considérable de vaisseaux et l'exagération de sécrétion qu'a dû provoquer cette tumeur dans son voisinage, de sorte que l'épanchement aurait débuté par le quatrième ventricule pour se généraliser plus tard.

M. Barth soulève de nouveau, à propos de cette pièce, la question du siège véritable de l'hydrocéphalie chronique, laquelle, si l'on fait abstraction des collections liquides enkystées qui succèdent aux hémorragies méningées, n'est jamais arachnoïdienne, et est au contraire toujours intraventriculaire. A propos d'un rapport sur ce sujet qu'il a lu récemment à la Société médicale d'émulation, M. Barth a recherché et examiné tous les cas d'hydrocéphalie qui existent dans la science, et n'a pas trouvé d'exemple d'hydropisie en dehors des ventricules. Ce résultat est important, à cause de la question des encéphalocèles ou de certaines tumeurs enkystées qu'on rencontre autour du crâne. C'est à tort qu'on les regarderait comme indépendantes de l'encéphale et qu'on s'aviserait de les opérer; on enlèverait à coup sûr en même temps une portion de substance cérébrale.

4. M. Témoin montre une gangrène partielle du col utérin chez une femme entrée à la Maternité le 23 mai, pour y accoucher de son huitième enfant. Elle était souffrante, débilitée, et fut soumise immédiatement à un régime tonique. Le 2 juin, elle fut prise de douleurs; le 3, on constata une présentation de l'épaule qui nécessita la version. Cette manœuvre, qui avait été facile, fut suivie d'une hémorrhagie abondante qui résista d'abord à l'emploi du seigle ergoté et même à la compression de l'aorte; puis, trois quarts d'heure après, se déclara un frisson des plus intenses qui ne dura pas moins de vingt minutes. La malade fut ensuite dans un état assez satisfaisant jusqu'au 7 juin; alors survint un second frisson violent, suivi d'une fièvre continue très vive, et sans manifestation locale. Seulement on constata une fétilité extrême des lochies qui fit soupçonner une gangrène partielle du col utérin. Le 8, une nouvelle hémorrhagie très considérable emporta la malade.

L'autopsie a confirmé le diagnostic porté pendant la vie: à la partie latérale gauche du col de la matrice, existe une perte de substance irrégulière, à fond jaunâtre et sanieux, et qui est due à l'élimination d'une eschare. Dans le tissu cellulaire du ligament large correspondant existe une ecchymose des plus étendues. En outre, les veines utéro-ovariennes du côté droit sont énormes, contournées en tire-bouchons et transformées par l'inflammation en cordons pleins et durs. Incisée, l'une d'elles offre intérieurement cet aspect réticulé avec des trabécules se portant d'un point à l'autre, qu'on observe dans le mécanisme d'oblitération veineuse exposé récemment par M. Dumont-Pallier.

M. Mercier. L'insuccès du traitement qu'on avait employé chez cette femme pour combattre l'hémorrhagie m'engage à signaler un moyen qui m'a réussi parfaitement dans un cas d'hémorrhagie utérine très rebelle, mais non puerpérale. Après avoir tout essayé inutilement, je me décidai à faire avec une sonde introduite dans la cavité utérine une injection d'un mélange à parties égales d'eau et de perchlorure de fer; après quelques douleurs de courte durée, l'hémorrhagie s'arrêta complètement.

5. M. Jacquard présente une *imperforation congénitale du rectum* chez une petite fille qui fut apportée à l'hôpital Saint-Louis quatre jours après sa naissance. L'anus existait, mais le doigt était arrêté à un centimètre et demi au-dessus, et, comme on ne sentait pas de fluctuation, M. Richet pensa que l'oblitération siégeait assez haut, et pratiqua l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Callisen. L'enfant succomba, et à l'autopsie on constata qu'une rupture spontanée s'était faite dans le côlon transverse. Le rectum se terminait par un cul-de-sac arrondi, dans la cavité du bassin, à une hauteur beaucoup moindre qu'on ne l'avait supposé.

M. Broca. Une disposition semblable prouve bien l'importance du précepte qui veut qu'on commence toujours par opérer du côté du rectum ; ici on eût certainement réussi sans la perforation spontanée du côlon transverse. La sensation de fluctuation, perçue avec le doigt ou avec la sonde, que M. le professeur Bouisson a indiquée, est un signe trompeur ; car elle peut manquer comme dans ce cas-ci, malgré la distension du cul-de-sac intestinal ; il faut donc, dans tous les cas, chercher *à priori* à pratiquer une voie artificielle du côté de l'anus, sauf à opérer plus tard dans un autre point, en cas d'insuccès.

6. M. Dufour montre un *arrière-faix rendu trois mois environ après un avortement probable* par une femme de trente-cinq ans, dans les conditions suivantes. Elle avait vu ses règles pour la dernière fois le 28 novembre, avait été atteinte dans le courant de février d'une dysenterie assez sérieuse, lorsque le 28 mars elle fut prise d'une perte abondante qui se renouvela depuis assez fréquemment. Appelée le 8 juin, M. Dufour prescrivit successivement de l'ergot de seigle et de l'ergotine, et le 15 juin eut lieu l'expulsion d'une petite masse, semblable pour la forme et le volume à un cocon de ver à soie, et qui paraît être un délivre ratatiné sur lui-même, car en le plaçant dans l'eau on voit manifestement les villosités placentaires.

M. Trélat rappelle à cette occasion un fait analogue qu'il a cité dans un rapport sur une présentation de M. Foville (1855), et

relatif à une dame mariée, laquelle, après quatre mois d'une grossesse irrégulière, finit par expulser une petite masse du volume du pouce, ayant exactement l'aspect de celle que montre M. Dufour, mais qui paraissait surtout constituée par un caillot sanguin.

J. M. Millard fait voir un *ulcère simple de l'estomac, ayant déterminé une gastrorrhagie rapidement mortelle*. Il siège à la face postérieure du ventricule, au voisinage de la petite courbure, est très peu profond et à peine plus large qu'une pièce de 50 centimes; mais sur son bord gauche un caillot sanguin recouvrait un petit orifice circulaire et béant, qui communique avec l'intérieur d'un rameau artériel, du volume d'une plume de corbeau. La dissection a permis de suivre jusqu'à la petite courbure ce rameau qui doit provenir de la terminaison de la coronaire stomacique. Le malade est mort en dix-huit ou vingt heures, après avoir rendu par les vomissements et par les selles une quantité considérable de sang. Il était très robuste, de bonne santé habituelle, âgé de cinquante-sept ans, ne s'était jamais plaint de troubles marqués de la digestion et n'était pas sujet aux vomissements. Il éprouvait seulement un peu de malaise depuis deux jours, quand l'accident lui est arrivé.

S. M. Garnier montre des *tubercules du rein et de l'uretère* chez une petite fille de vingt-six mois, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une entérite, et qui a succombé au bout de quinze jours, avec un ramollissement et des ulcérations de la muqueuse du gros intestin.

Le rein gauche est seulement injecté et un peu plus gros qu'à l'état normal; mais le rein droit a presque triplé de volume et est le siège d'altérations très remarquables. Il est bosselé à sa surface, rénitent, sans fluctuation; en l'incisant, il laisse échapper deux à trois cuillerées d'un liquide lactescent, puriforme, contenant quelques noyaux d'apparence tuberculeuse. Il est creusé intérieurement de larges vacuoles irrégulières, sinueuses, communiquant entre elles, pour la plupart, et avec les calices et le bassinnet. Les parois de ces cavités sont tapissées d'une fausse membrane grise,

très épaisse, intimement adhérente au tissu rénal, avec lequel elle paraît faire corps. Tout autour de ces vacuoles, qui ressemblent exactement à des cavernes pulmonaires, on trouve de petits noyaux tuberculeux d'un volume qui varie entre celui d'une grosse tête d'épingle et celui d'un pois, de coloration jaunâtre, et présentant partout la consistance du tubercule cru.

L'uretère a été lui-même envahi par ces dépôts morbides; il se présente sous forme d'un cordon induré du calibre du petit doigt, et se termine dans la vessie par un orifice béant, assez large pour recevoir une plume d'oie. En incisant les parois de ce conduit, on voit qu'elles sont considérablement hypertrophiées; la muqueuse tout entière a disparu pour faire place à une couche tuberculeuse grise, granuleuse et très adhérente. La muqueuse vésicale était saine, excepté dans un rayon d'un centimètre autour de l'orifice de l'uretère précédent. L'utérus et les annexes étaient également sains. Du côté des poumons, on n'a trouvé qu'une douzaine de granulations grises demi-transparentes au sommet droit.

9. M. Jouon présente une *hématocèle spontanée de la tunique vaginale*. — Allemand (Louis), âgé de trente ans, géomètre, entre, le 6 juillet 1859, salle Sainte-Vierge (Charité).

Le 25 décembre 1858, après une chute sur le côté gauche, le malade aperçoit une tumeur dans le scrotum à droite; cependant le testicule paraît n'avoir pas porté directement, mais avoir été froissé entre les cuisses. Cette tumeur, dure et peu douloureuse, augmente peu à peu, malgré l'emploi d'un suspensoir et d'un emplâtre de Vigo, et le 15 janvier, après un violent effort, subit un accroissement rapide et considérable. Le 22, une ponction au trocart donne issue à deux verres et demi de sérosité très claire, et le testicule reste un peu gros. Huit jours après, la tumeur recommence à croître; en mars, nouvelle ponction qui donne seulement quelques gouttes de sang; il est probable qu'on n'est pas entré dans le foyer liquide. La tumeur, jusque-là conique, s'arrondit et devient dure, surtout en avant, dit le malade; elle possède le volume d'une tête d'enfant et n'est pas le siège de douleurs vives.

Troisième ponction, il y a trois mois, qui laisse sortir deux verres et demi de sérosité *claire*. On fait une injection iodée.

La tumeur prend le volume du poing, s'arrondit; on fait des frictions iodées, et le malade prend de l'iodure de potassium pendant six semaines.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : testicule gauche sain; à droite, tumeur globuleuse plus grosse qu'une orange, indolente, fluctuante, confondue avec le testicule, non transparente; il semble qu'elle possède une coque épaisse.

Le 9 juillet, il sort, par une ponction au trocart, un demi-verre de sérosité mêlée de sang, rosée et sans grumeaux; douleurs très vives les jours suivants; la tumeur se gonfle et devient rouge, tendue, douloureuse; fièvre.

Le 11, M. Velpeau enlève toute la masse; du pus est déjà infiltré dans les tuniques superficielles du scrotum, à sa partie inférieure; on réunit par des serres-fines la moitié supérieure de la plaie.

Le 12, les bords de la plaie se gangrènent; la fièvre continue; un peu d'oppression.

Le 13 et le 14, l'oppression et la fièvre s'accroissent; râles sous-crépitaux, abondants à gauche.

Le 15, mort dans la matinée par une asphyxie rapide.

A l'autopsie, on trouve une broncho-pneumonie à gauche et un empyème du même côté.

La tumeur extirpée a la forme d'un testicule, le volume des deux poings; on n'y reconnaît pas d'épididyme; on suit en arrière le canal déférent qui vient se perdre à la partie inférieure; on le rencontre de dehors en dedans. La peau, le tissu cellulaire et dartroïque, la tunique fibreuse commune, tapissée en dedans du feuillet pariétal de la vaginale, adhèrent à des fausses membranes épaisses et qu'on peut séparer en plusieurs couches. Le centre de la tumeur incisée consiste en une pulpe grisâtre mêlée de caillots sanguins et contenant seulement des globules de pus abondants mêlés à des granulations sans doute fibrineuses. A la partie inférieure, on trouve le testicule aplati en membrane très mince et séparé de la pulpe grisâtre tout à l'heure indiquée par une enveloppe fibreuse, dense, qui ne peut être que l'albuginée.

Nous avons donc affaire à une hématocele spontanée, ou, si l'on

veut, à une vaginalite avec fausses membranes, remarquable surtout par l'atrophie du testicule, telle qu'il aurait été impossible non-seulement de pratiquer la décortication, mais même de reconnaître la place de la glande pendant l'opération.

M. Dolbeau. Cette pièce, qui rentre tout à fait dans les cas étudiés par M. Gosselin, démontre, en effet, contrairement aux opinions professées en premier lieu par ce chirurgien : 1° qu'il n'y a pas toujours de cavité vaginale conservée; 2° qu'il n'est pas toujours possible de reconnaître, pendant l'opération, le testicule, et par conséquent de pratiquer la décortication de cet organe.

10. M. Dolbeau dépose l'observation suivante d'hématocèle du scrotum, qui confirme également ces deux points :

Un prêtre, âgé de quarante ans, se présente dans le service de M. Velpeau pour s'y faire traiter d'une tumeur des bourses. Il raconte qu'il y a vingt-deux ans il reçut un coup de pied de cheval sur le scrotum; cette violence occasionna un épanchement considérable de sang dans les bourses, et l'ecchymose remonta jusque sur la cuisse droite. Tout sembla disparaître, et un an seulement après l'accident le malade constata qu'il existait à droite une petite tumeur de la grosseur d'une noix, et surmontant le testicule de ce côté. Depuis, la tumeur s'est développée insensiblement sans occasionner de douleurs. Dans l'espace de huit ans, elle acquit le volume qu'elle présente au jour de l'entrée du malade, en sorte qu'elle est restée stationnaire depuis quinze ans.

Les caractères cliniques de cette tumeur sont les suivants : Forme d'une poire dont la grosse extrémité est située en haut; 45 centimètres de hauteur, 20 de circonférence; elle a l'aspect des hydrocèles du cordon. En effet, la masse peut se décomposer en deux parties : une supérieure, qui est profondément fluctuante, donnant la sensation d'un kyste à parois très épaisses, mais régulières, sans bosselures; l'autre est dure, du volume d'une noix, simule assez bien le testicule isolé d'une hydrocèle du cordon. La peau est saine, n'a pas contracté d'adhérences; on y remarque quelques grosses veines qui rampent dans son épaisseur.

La tumeur se confond avec le cordon, qu'on ne peut isoler que très haut près de l'anneau externe.

Douleurs nulles; gêne mécanique.

M. Velpeau pratique la castration après avoir diagnostiqué une hématoécèle, avec épaissement de la tunique vaginale.

Examen de la pièce pathologique. — La tumeur présente tous les caractères extérieurs mentionnés ci-dessus; de plus, en la secouant, elle produit le bruit qu'on obtiendrait en agitant une vessie à demi pleine.

Enveloppes. — La peau est saine; au-dessous, le dartos se trouve intact et bien développé. Viennent ensuite les faisceaux du crémaster, considérablement hypertrophiés et d'une couleur très rouge. Ces fibres s'insèrent sur une membrane fibreuse qui paraît être la fibreuse commune; il est très difficile de l'isoler du reste de la tumeur. La dissection ne permettant plus d'isoler de nouvelles enveloppes, la tumeur est fendue en avant, et l'on pénètre dans la cavité du kyste.

Parois du kyste. — Elles sont très épaisses, environ 5 millimètres; sur la coupe, on peut voir qu'elles sont formées de couches superposées, très adhérentes les unes aux autres, mais qu'on peut isoler avec une certaine difficulté. On ne trouve pas la séreuse pariétale, ni l'espace cellulaire qui doit la séparer de la production nouvelle. M. Gosselin a pu néanmoins isoler une couche, la plus interne, mais le reste n'était certainement pas la vaginale. Ces différentes couches sont d'un blanc rosé, élastiques, de plus en plus denses à mesure qu'on s'éloigne de la cavité. Celle-ci renferme un liquide sanguinolent chargé de cholestérine. De plus, il y a des caillots en grand nombre d'un volume variable. Plusieurs de ces caillots adhèrent intimement à la paroi, sont décolorés par place, et semblent en voie d'organisation.

La surface de la cavité est rugueuse, inégale, comme chagrinée, présente des exsudations plastiques qui emprisonnent quelques petits caillots. A la partie inférieure de la tumeur, on retrouve une masse du volume d'une noix, d'un blanc gris, dure, fibreuse, se continuant avec la coque générale. Cette masse n'a aucun des caractères du testicule, si ce n'est la forme.

Le canal déférent, qu'on retrouve à la partie supérieure, ne tarde pas à s'engager dans la masse, et la dissection ne permet plus de

le suivre. Un peu au-dessous du point où il se perd, on trouve une petite masse molle qui simule l'épididyme, mais il n'en est rien. L'examen microscopique, fait avec soin par M. Rombeau, a montré que toute cette masse épaissie était constituée par de la matière amorphe en grande abondance, contenant quelques fibres courtes. Quant au testicule, à l'épididyme et à la séreuse, il n'a pas été possible d'en retrouver les éléments.

11. M. Chalvet fait voir une atrophie avec dégénérescence graisseuse des nerfs et des muscles de la cuisse, suite de contracture, chez un paralytique mort à Bicêtre dans le service de M. Desprès.

Le malade, âgé de trente-cinq ans, racontait qu'en 1848 il avait fait une chute sur les pieds; il montait une malle sur une voiture, lorsqu'un échelon céda sous lui. La malle tomba à côté, mais avant d'abandonner l'épaule elle avait agi de tout son poids, et augmenté l'impulsion du commencement de la chute.

Au moment où les pieds rencontrèrent le sol, le malade éprouva une commotion violente, et perdit connaissance pendant quelques secondes.

Lorsqu'il fut revenu à lui, une douleur *assez vive* siégeait à la région lombaire; cependant il continua son travail; la douleur lombaire, ne se calmant pas, fut combattue par l'application de quelques sangsues au point douloureux.

Point d'amélioration; l'*affaiblissement* des membres inférieurs alla croissant.

Bientôt aux douleurs en *ceinture* se joignirent des picotements, des fourmillements dans les deux jambes, et surtout à gauche.

A cette même époque, la parole devint plus lente, le malade commença à éprouver quelques difficultés à remuer la langue pour articuler.

Cependant il marchait encore, mangeait bien, allait régulièrement à la selle, urinait de même.

Effrayé de son état, il se décida à entrer à l'hôpital, et il fut traité par M. Sandras, d'abord à Sainte-Marguerite, puis à Beaujon.

Le traitement paraît surtout avoir consisté en l'application successive d'une vingtaine de cautères.

En 1852, il fut dirigé comme incurable de Beaujon sur Bicêtre. Lors de son entrée dans ce dernier hospice, il ne marchait qu'avec un *chariot*, parlait lentement, syllabait les mots.

L'intelligence et la sensibilité générale étaient conservées; il ne gâtait pas encore, n'avait point de contracture.

Vers 1855, il commença à ne plus pouvoir retenir ses matières.

Dans le courant de 1856, la contracture se manifesta, mais elle était toute passive, et pouvait être vaincue facilement par les infirmiers, qui allongeaient à volonté les membres inférieurs du malade.

La position toujours couchée ne tarda pas alors à provoquer la formation d'eschares au sacrum, pour lesquelles il entra à plusieurs reprises à l'infirmierie.

En juillet 1858, il fut pris d'un érysipèle de tout le membre pelvien gauche. A cette époque, la contracture était invincible; l'infirmier ne pouvait plus allonger les membres. Revenu dans sa division, les eschares se multiplièrent à tel point, qu'il fallut ramener le malade à l'infirmierie le 40 décembre (1858).

Nous avons pu l'étudier pendant tout le mois de janvier (1859). Voici l'inventaire abrégé de son état le 8 du même mois.

Cet homme est le plus souvent couché sur le côté droit. Il est pelotonné sur lui-même; ses membres sont disposés comme ceux d'un fœtus durant la vie intra-utérine, c'est-à-dire que les cuisses sont fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses. Les talons touchent aux fesses.

Trois eschares énormes occupent le siège : l'une a complètement dénudé le sacrum et une partie du *coccyx* même; les deux autres, de la largeur de la main, occupent les ischions.

Les deux malléoles externes sont ulcérées aussi; les membres supérieurs, considérablement émaciés, ont conservé le mouvement volontaire et la sensibilité; le malade les tient constamment croisés sur la poitrine.

La sensibilité générale n'est pas entièrement abolie dans la moitié inférieure du tronc; le malade sent bien qu'on le pince, mais ne souffre pas de ces plaies énormes qui ont dénudé les os et sont constamment à vif.

Les sens sont conservés intacts. La parole, toujours très difficile, est seulement lente. Le malade syllabe sans tremblement

de la voix. Il se souvient, du reste, des événements antérieurs, répond avec assez de précision. Il se fatigue vite lorsqu'on le force à parler. Peau sèche; incontinence des matières et des urines.

Le 28 janvier, il tombe tout à coup dans l'adynamie, et succombe le 4^{er} février.

Autopsie. — Les os du crâne sont très cassants.

La dure-mère, peu adhérente aux os, est richement arborisée.

Après avoir incisé les méninges, il sort une assez grande quantité de sérosité qui laisse sur la pie-mère une couche gélatiniforme tremblotante.

La pie-mère, très vascularisée, offre un véritable état variqueux; elle est facilement décollée avec des pinces sur toute l'étendue de la périphérie cérébrale.

La consistance du cerveau est normale, plutôt augmentée que diminuée.

La substance cérébrale est pâle et contraste singulièrement avec l'état d'injection des méninges. Une grande quantité de sérosité existe dans les ventricules; elle laisse aussi un dépôt gélatiniforme.

La dure-mère rachidienne offre également une assez grande vascularisation. La moelle paraît avoir partout sa consistance normale; son tissu, examiné au microscope à diverses hauteurs, ne présente pas d'altération caractérisée; il n'y a ni ramollissement, ni induration, de sorte qu'on est obligé de se rattacher à l'idée d'une commotion de la moelle comme point de départ de la paralysie.

Le membre inférieur droit, examiné avec soin, présente une dégénérescence graisseuse des muscles et des nerfs de la cuisse; mais cette altération est beaucoup plus avancée à la fois sur le nerf crural et sur les muscles de la région antérieure de la cuisse, de sorte qu'il y a un rapport direct entre elle et le siège de la contracture.

M. Lhuys a examiné avec soin les pièces présentées par M. Chalvet, et y a constaté, en effet, certaines altérations intéressantes du système nerveux périphérique qui paraissent liées à la contracture des membres. Il a déjà rencontré deux cas analogues: le premier à la Salpêtrière, chez une femme qui, affectée d'hémiplégie gauche,

avait de la contracture dans le membre supérieur droit, et dont le nerf radial correspondant était frappé d'atrophie et de dégénérescence complète; le second à Lariboisière, chez un malade du service de M. Moissenet, et qui présentait également une contracture d'un des membres supérieurs avec des altérations semblables dans le nerf radial. La contracture, dans ce cas, semble pour ainsi dire passive, et résulter du défaut d'équilibre entre les fléchisseurs et les extenseurs qui entraîne ces lésions du système nerveux périphérique.

Chez le malade de M. Chalvet, la contracture existait sur un des membres inférieurs, et consistait en une flexion permanente de l'articulation du genou. Aussi, tandis que le nerf sciatique a conservé son volume, sa consistance et son aspect presque normal, le nerf crural, au contraire, est très aminci, mou, rougeâtre même et presque entièrement dégénéré. Cette altération est beaucoup plus prononcée dans les points où les rameaux nerveux vont pénétrer dans l'épaisseur des fibres musculaires, et rend très difficiles à suivre les ramifications terminales. Au microscope, les tubes nerveux ont presque entièrement disparu; les parois de ceux qui restent sont rapprochées, et entre elles existe une quantité considérable de vésicules cellulo-adipeuses. Dans le nerf sciatique, au contraire, les tubes nerveux sont encore très nombreux, sinon parfaitement intacts. Des différences corrélatives existent dans les muscles qu'animent ces deux nerfs. Tandis que les muscles postérieurs de la cuisse, ceux qui étaient en contraction, sont encore rouges, fermes, assez volumineux et formés de fibres musculaires très apparentes, ceux de la région antérieure, frappés depuis longtemps d'inertie, sont pâles et décolorés, et, sous le microscope, présentent au plus haut degré les caractères de la dégénérescence graisseuse.

M. Vidal fait remarquer que ces résultats confirment exactement les observations et les expériences sur la section de la moelle communiquées à la Société par M. Landry.

M. Legendre a constaté les mêmes altérations que vient de signaler M. Lhuys, tant sur le système musculaire que sur le système nerveux périphérique, dans les recherches microscopiques qu'il a faites pour certains cas de paralysies et dans quelques variétés

de pieds bots. Il a fait ces recherches avec le docteur Führer (d'Iéna), et ils ont trouvé la dégénérescence graisseuse dans toute la longueur des cordons nerveux, mais toujours plus avancée dans les branches terminales.

12. M. Raynaud, interne à l'hôpital des Cliniques, présente une *luxation intra-coracoïdienne de l'humérus, compliquée de fractures de côtes.*

Dans la soirée du 34 janvier, on apporta à l'hôpital des Cliniques le nommé Guichard (Charles-François), âgé de soixante ans, officier en retraite, qui venait d'être victime d'un accident dont il a été impossible de préciser la nature. Au dire d'une des personnes qui l'amenaient, il aurait été renversé dans la rue par un timon de voiture. Quant au malade lui-même, il nie avoir éprouvé aucun accident, si ce n'est une légère indisposition ; il est d'ailleurs dans un état d'excitation cérébrale manifeste, se débat avec violence contre les tentatives d'examen que l'on fait sur sa personne, et refuse de répondre à la plupart des questions.

En examinant attentivement les différentes parties du corps, on trouve quelques excoriations à la tête. Mais ce qui frappe surtout, c'est une ampliation considérable de la partie supérieure du thorax. Cette ampliation est très prononcée à la partie antéro-latérale gauche. On y constate la crépitation fine particulière à l'emphysème. La percussion donne dans toute cette partie une sonorité tympanique. Cet emphysème se prolonge en arrière jusqu'au-dessous des omoplates, latéralement dans le bras gauche, et jusque dans la gaine des fléchisseurs de l'avant-bras de ce côté, en bas, jusqu'au niveau du diaphragme. En même temps, il existe une déformation très notable du moignon de l'épaule gauche. Le bras paraît plié dans sa continuité. Le deltoïde forme une saillie très considérable et très facilement dépressible ; lorsqu'on la refoule, on arrive directement à la cavité glénoïde. En palpant la paroi antérieure de la région axillaire, on sent à travers la peau la tête humérale située vers le milieu de la longueur de la clavicule. Ce signe, joint au précédent, suffit pour établir le diagnostic de *luxation intra-coracoïdienne*. Cependant M. Nélaton, frappé par l'extrême brièveté du bord interne du bras, a pu penser un instant à

la luxation décrite par M. Prochaska sous le nom de *luxation intercostale*. Mais la mensuration, faite comparativement sur le membre sain et sur le membre malade, ne donne pour ce dernier qu'un raccourcissement de 4 centimètres, raccourcissement habituel dans la luxation intra-coracoïdienne. C'est qu'en effet, l'extrême brièveté du bras gauche n'est ici qu'une apparence, et cette apparence est due à la tuméfaction énorme de la région sous-claviculaire et de toute la partie de tégument qui correspond à la face antérieure du muscle grand pectoral.

De plus, en communiquant quelques mouvements au bras gauche, on provoque une crépitation sourde, perceptible à distance, et qui, jointe à la déformation du thorax, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une fracture de côtes. Le malade a craché du sang. L'auscultation fait entendre dans tout le poumon gauche de gros râles humides dus à l'accumulation dans les bronches d'un liquide muco-sanguinolent.

La première question qui se présente est évidemment celle-ci : Faut-il réduire la luxation ? Mais d'un côté, l'état grave où se trouve le malade contre-indique formellement l'emploi des inhalations *anesthésiques* comme moyen d'obtenir le relâchement des muscles ; de l'autre, la réduction par simple impulsion, celle qui consiste à combiner l'élévation avec la rotation, ou méthode de Mothe, sont autant de moyens impuissants contre un déplacement articulaire aussi considérable. Restent toutes les méthodes qui nécessitent un point d'appui solide sur la paroi thoracique ; or, précisément ce point d'appui manque ici, et l'on s'exposerait, en agissant ainsi, à aggraver les désordres considérables qui existent du côté des côtes et des viscères thoraciques. Par toutes ces considérations, M. Nélaton pense que l'abstention est le seul parti à prendre dans ce cas, sauf à pratiquer la réduction, si par bonheur, dans dix ou quinze jours, le malade échappait aux accidents *immédiats* dont il est menacé, pleuro-pneumonie, etc.

3 février. Le pronostic funeste n'a pas tardé à se réaliser. Après une amélioration apparente notée le lendemain de l'entrée du malade, il n'a pas tardé à retomber dans un état de prostration dont il n'est pas sorti. Il va s'affaiblissant de plus en plus. Les traits sont profondément décomposés ; la face est livide, cyanosée ; les extrémités froides, la respiration très embarrassée.

• **Le 4. Mort à midi.**

Autopsie faite le 5 février, vingt heures après la mort. — Vaste ecchymose siégeant sur toute la partie latérale gauche du thorax. La peau se détache très facilement des parties sous-jacentes. Tissu cellulaire infiltré de sérosité sanguinolente et spumeuse. La région de l'épaule, disséquée avec soin, présente un type de luxation intra-coracoïdienne. La tête de l'humérus correspond à la moitié de la longueur de la clavicule ; elle est située sous le muscle petit pectoral, refoulant en dedans les vaisseaux et nerfs axillaires. La grosse tubérosité a été arrachée et reste adhérente aux tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond. Par une disposition inverse, le muscle sous-scapulaire a été arraché à son insertion ; la petite tubérosité est intacte. Il y a, de plus, une attrition profonde du tissu osseux semblable à celle qu'aurait pu produire un coup de marteau ; la lame superficielle de la tête humérale a été refoulée dans le tissu spongieux. Le tendon du biceps (longue portion) traverse obliquement la cavité glénoïde ; celui de la courte portion forme plus en avant une corde tendue offrant une résistance énergique. La luxation est irréductible, malgré des efforts assez violents faits dans le but de la provoquer. La question de savoir si cette irréductibilité est due aux tendons des deux portions du biceps ou aux débris de la capsule fibreuse articulaire peut être l'objet d'une discussion. Toutefois la première opinion paraît la plus probable.

La face interne du thorax montre un grand nombre de dilacérations. Fractures des cinq côtes, dont deux sont brisées en deux points. Le poumon présente plusieurs déchirures correspondantes. Il n'y a, du reste, aucune adhérence ayant quelque solidité, ni au niveau des déchirures, ni dans le reste de la surface du poumon, qui est aplati contre la colonne vertébrale. Toute la plèvre présente l'aspect mat et dépoli qui marque le premier degré de la pleurésie.

M. Verneuil. Je désirerais appeler l'attention de la Société sur les causes de l'irréductibilité dans les luxations. On a beaucoup parlé de l'interposition des ligaments ou des fragments de capsule ; or, dans le cas actuel, ce n'est pas là le véritable obstacle. L'irréductibilité sur le cadavre s'explique par le siège même où s'est

faite la rupture de la capsule ; celle-ci est déchirée presque directement en dedans, en dehors, en avant et en dedans ; la tête humérale, en s'échappant, a glissé sous la longue, puis sous la courte portion du biceps, pour venir se loger en dedans de l'apophyse coracoïde, de sorte qu'il s'agit ici d'une luxation intra-coracoïdienne, c'est-à-dire d'une espèce rare comparativement à la sous-coracoïdienne, qui est de beaucoup la plus commune. Or, on voit sur la pièce que, dès qu'on exerce une légère traction sur le bras, la longue portion du biceps forme une espèce de sangle qui se tend sur la tête humérale et s'oppose à sa réduction ; pour réussir, il eût peut-être fallu faire exécuter à la tête humérale un mouvement de circumduction pour la dégager de la sangle formée par le tendon du biceps, mais encore cette manœuvre n'est-elle pas ici suivie de succès. Dans tous les cas, l'extension seule eût aussi échoué infailliblement, et c'est une preuve que la méthode ancienne n'est pas toujours applicable.

M. Houël. Je demanderai à M. Verneuil une rectification à propos de ce qu'il vient de dire de la fréquence relative des diverses espèces de luxations de l'épaule. Les plus communes ne sont pas les sous-coracoïdiennes, ce sont au contraire les intra-coracoïdiennes, ainsi que l'a établi M. Malgaigne, et comme le prouve la collection du musée Dupuytren. Quant à la pièce actuelle, elle exigerait une dissection plus complète pour être convenablement étudiée ; mais ce qui me paraît opposer ici le principal obstacle à la réduction, ce ne sont pas tant les muscles ni les brides tendineuses signalés par M. Verneuil qu'une portion de la capsule restée intacte à la partie interne.

M. Verneuil. Jusqu'à nouvel ordre, je continuerai de regarder les luxations intra-coracoïdiennes comme beaucoup plus rares que les sous-coracoïdiennes, car celle-ci est la première que je vois, toutes les autres étaient sous-coracoïdiennes. Si la collection du musée est plus riche en luxations intra-coracoïdiennes, cela tient précisément à ce qu'elles sont à la fois plus rares et plus irréductibles.

M. Houël. Il est quelquefois fort difficile sur le cadavre, ou même sur les pièces du musée, de savoir si la luxation est intra-

ou sous-coracoïdienne. Dernièrement j'ai eu recours à M. Malgaigne pour m'aider dans le classement d'un certain nombre de pièces sujettes à discussion, et ce professeur a été lui-même extrêmement embarrassé, et a dû se reporter à la définition de son livre. La dénomination de *sous-pectorales* donnée par M. Velpeau aux luxations en dedans est infiniment préférable, et ne donne pas lieu aux mêmes difficultés. On aurait ici affaire à une variété sous-claviculaire.

M. Verneuil insiste de nouveau sur la résistance qu'opposent à la réduction la longue et courte portion du biceps, ainsi qu'un fragment de la capsule, très long, de forme triangulaire, situé à la partie interne. Il pense que si toutes ces parties étaient coupées, la réduction serait beaucoup plus facile.

Un cas tout récent qu'il vient d'observer à l'hôpital Beaujon l'a confirmé dans l'opinion que la luxation sous-coracoïdienne est la plus fréquente. Chez son malade, la tête humérale était immédiatement sous le grand pectoral, facile à sentir, et située très manifestement au-dessous de l'apophyse coracoïde, et pourtant si de cette apophyse on avait abaissé sur elle une ligne perpendiculaire, cette ligne aurait encore laissé en dedans plus de la moitié de la tête humérale, de sorte qu'en s'en rapportant à la définition de M. Malgaigne cette luxation aurait encore mérité le nom d'intra-coracoïdienne. Mais c'est évidemment là un abus, car il y a une différence très grande entre une luxation comme celle-ci, où la tête humérale était séparée de la clavicule par un intervalle de plus de trois doigts, et celle de la dernière séance, où les deux os étaient presque en contact. De ces deux espèces, la première est incomparablement plus fréquente, et mérite réellement le nom de sous-coracoïdienne; la seconde est, au contraire, rare, et c'est à elle seule qu'il faut réserver la dénomination d'intra-coracoïdienne.

M. Houël se félicite de la discussion soulevée par M. Verneuil, car c'est la meilleure preuve de l'extrême confusion qui règne dans la division des luxations de l'épaule, et de la difficulté qu'on éprouve dans le classement des pièces anatomo-pathologiques. Pour M. Malgaigne, en effet, la luxation que vient d'observer et de décrire M. Verneuil serait intra-coracoïdienne, et c'est ce qui explique comment ce professeur considère cette espèce comme la plus fréquente. C'est là une affaire de convention, attaquable sans

doute ; mais jusqu'à ce qu'elles soient révisées, on est bien obligé de se servir des dénominations qui ont cours dans la science.

GANGRÈNE SÈCHE DE LA JAMBE ATTRIBUÉE A UNE EMBOLIE ARTÉRIELLE. — AMPUTATION. — MORT AU BOUT DE HUIT JOURS. — AUTOPSIE, — par M. RAYNAUD, interne à l'hôpital des Cliniques.

La femme B..., âgée de quarante-neuf ans, domestique, demeurant rue de l'Université, 36, est connue de M. le professeur Nélaton depuis vingt-cinq ans. A part une pleuro-pneumonie, pour laquelle il se rappelle l'avoir soignée il y a plusieurs années, cette femme a toujours joui d'une excellente santé. Depuis quelque temps elle présente quelques irrégularités dans la menstruation. M. Nélaton, ayant eu quelquefois occasion de l'ausculter, n'a jamais constaté aucun signe d'une lésion quelconque du cœur.

Le 18 décembre 1858, cette femme est prise tout à coup d'une petite toux sèche avec un léger malaise, qui se traduit par une certaine appréhension à monter les escaliers. Cependant cette indisposition ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations habituelles. Le cinquième jour, à deux heures après minuit, elle est saisie instantanément d'une dyspnée excessive, avec un sentiment d'angoisse inexprimable. M. Nélaton, appelé sur-le-champ, la trouve à deux heures et demie en pleine crise : oppression extrême, douleurs atroces à la région précordiale, pressentiments sinistres, anxiété portée à son comble. Il ausculte le cœur, ne trouve que des battements tumultueux et confus ; explore le pouls, qu'il trouve extrêmement irrégulier. Il applique quinze sangsues à la région du cœur. Une heure après, la malade est devenue plus calme.

Le lendemain, à dix heures et demie, M. Beau, appelé en consultation, trouve cette femme un peu fatiguée par les souffrances de la nuit, mais assez bien d'ailleurs. Il l'examine avec soin, ausculte le cœur, et n'y constate absolument rien d'anormal. Il se retire en émettant l'opinion que la malade a eu une attaque d'asthme pendant la nuit.

Le même jour, à cinq heures dix minutes du soir, il se déclare dans la jambe droite une vive douleur, que la malade caractérise sous le nom de *crampes*. Cette douleur persiste pendant la nuit.

Le lendemain matin le membre est examiné. Il est complètement blanc, exsangue, froid, tout à fait insensible au toucher. Cette anesthésie aux excitants extérieurs contraste singulièrement avec l'acuité des douleurs spontanées ressenties par la patiente. Les artères pédiéeuse, tibiaie postérieure, poplitée, crurale, sont successivement explorées; on n'y perçoit aucun battement. Dès ce moment, M. Nélaton pronostique la perte prochaine de ce membre. Il ordonne des embrocations alcooliques, des applications de sachets chauds sur la jambe, etc.

Malgré tous ces efforts pour prévenir la gangrène, des plaques livides, des phlyctènes apparaissent bientôt vers l'extrémité inférieure. Le mal tend à remonter; en peu de temps la jambe presque entière est complètement momifiée. Les téguments ont pris une teinte noirâtre. La peau des orteils est racornie. Plusieurs incisions sont faites sur ce membre mort pour donner issue aux liquides putrides qui s'y sont formés. A peine s'écoule-t-il une quantité insignifiante de sérosité.

Cependant la malade dépérit de jour en jour. Elle a prodigieusement maigri depuis le commencement de la maladie. Le deuxième jour après la crise décrite plus haut les règles ont apparu. Le sang s'écoule à plusieurs reprises et en assez grande abondance pendant tout ce temps. Enfin la gangrène se limite suivant une ligne oblique et irrégulière qui passe en dehors, environ à 4 centimètres au-dessous de l'articulation du genou, et qui descend en dedans à 40 centimètres plus bas à peu près. Après avoir temporisé pendant quelque temps, frappé de l'état de cachexie profonde où est tombée cette femme, et des douleurs horribles qu'elle cherche en vain à conjurer en prenant des quantités considérables d'opium, effrayé des dangers de cette médication abusive, M. Nélaton se décide à l'amputation. Cette opération est pratiquée le 6 février 1859, cinquante jours après le début des accidents. L'incision est faite obliquement aux dépens de la face interne de la jambe, de manière à passer au dehors, à 2 centimètres au-dessous de la limite du mort avec le vif. Aucune compression n'est exercée sur l'artère crurale, il s'écoule par la surface de section une assez grande quantité de sang en nappe, sans jet artériel; du reste, les chairs présentent tout l'aspect des tissus vivants, si ce n'est dans une petite étendue correspondant aux insertions supérieures des mus-

cles tibial antérieur et extenseur commun des orteils. Ces muscles sont évidemment sphacelés.

Malgré l'emploi de ce moyen extrême pour prévenir les accidents ultérieurs, la malade continue à s'affaïsser de plus en plus. Tous les symptômes de l'infection putride vont en s'aggravant; elle tombe dans le dernier degré de marasme, et finit par succomber le 13 février 1859, à quatre heures du soir. Le cœur, ausculté une dernière fois la veille de la mort, n'a donné aucun bruit anormal.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — Les intestins enlevés, l'artère iliaque primitive et l'iliaque externe du côté droit apparaissent avec une teinte noirâtre très marquée, et qui tranche nettement avec la couleur des artères du côté opposé. On enlève avec le plus grand soin le cœur, avec les gros vaisseaux qui en partent, l'aorte, et ses principales ramifications, à gauche jusqu'à la naissance de la fémorale profonde, à droite jusqu'à la poplitée. Ces organes sont étendus et fixés sur une planchette pour en faciliter l'examen.

Le ventricule gauche ne présente rien de remarquable que l'ossification d'un des tendons de la valvule mitrale. Il existe dans l'oreillette gauche un caillot d'un centimètre et demi d'étendue dans son plus grand diamètre, et d'un centimètre dans le plus court. Ce caillot est adhérent à la face interne de l'oreillette, non loin de l'auricule. Il est rouge, et présente par places quelques taches blanches. Du reste, les adhérences avec l'oreillette ne sont pas très intimes. Lorsqu'on le fend pour en examiner la structure, il laisse échapper un liquide blanchâtre contenu dans son épaisseur. M. Robin, qui vient observer les pièces en place, examine une goutte de ce liquide au microscope, et le trouve composé, non de pus, comme semblerait l'indiquer l'examen à l'œil nu, mais de fins granules de fibrine désagrégée. C'est, en un mot, ce qu'il a désigné dans sa *Chimie pathologique* sous le nom de *pseudo-pus fibrineux*. Il n'hésite pas à considérer le caillot en question comme datant d'au moins deux mois. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont parfaitement saines. Il existe dans le ventricule droit un caillot flottant dans l'intérieur de la valvule tricuspide; dans l'oreillette droite, un caillot adhérent par ses deux bouts: c'est une lame fibreuse, très dure, plissée sur elle-même en forme de corde tendue,

et tellement lisse qu'on la dirait tapissée par une membrane séreuse.

L'aorte thoracique et abdominale ne présente de particulier que quelques grains blanchâtres, analogues à de la semoule, un peu au-dessus de sa bifurcation.

Un très long caillot s'étend de l'origine de l'iliaque primitive à l'arcade crurale. Ce caillot est très différent de celui qui se trouve dans l'oreillette gauche, beaucoup plus mou, plus diffus, plus brunâtre. Il est à peu près libre à la partie supérieure. A peu de distance de l'artère hypogastrique, il est très adhérent, plus bas il redevient brunâtre et diffus. Une particularité s'est présentée dans la dissection de ce caillot : vers la partie supérieure, c'est-à-dire de la bifurcation de l'aorte à l'origine de l'hypogastrique, on sépare très facilement la membrane interne des deux tuniques externes, à tel point qu'on a pu croire, au premier abord, qu'on avait affaire à une pseudo-membrane entourant le caillot. Ce caillot est constitué par des granules de fibrine plongés dans un liquide homogène ; mais la structure en est très différente, selon M. Robin, de celle du caillot auriculaire.

En outre, la veine fémorale droite contient vers le milieu de sa longueur un caillot assez ferme et dense. Ce caillot est certainement postérieur à l'amputation, car jusqu'à cette époque le membre a été exploré chaque jour avec la plus scrupuleuse attention, et n'a rien présenté au toucher qui pût faire soupçonner une semblable obstruction.

Notons enfin que toute la portion du tube artériel obturée par le caillot ne présente en aucune façon cette rigidité, cette turgescence, cette injection, cette inflammation des parties voisines qui caractérisent l'artérite.

La présentation de la jambe amputée a d'abord donné lieu à la discussion suivante au sein de la Société :

M. Cruveilhier. Je pense que c'est à l'observation clinique plutôt qu'à l'anatomie pathologique à résoudre la question des embolies. L'apparition subite, dans un membre, des douleurs vives qui précèdent la gangrène constitue un signe de la plus haute importance et tout à fait en faveur de la théorie des embolies. J'ai observé un

cas de ce genre chez une vieille demoiselle de soixante-dix-huit ans, et qui était affectée d'hypertrophie du cœur. Elle était convalescente d'une petite attaque d'apoplexie datant déjà de quinze jours, et commençait à recouvrer des mouvements dans le côté paralysé, quand éclate tout d'un coup dans une cuisse une douleur brusque, d'une violence atroce, qui se répand dans tout le membre inférieur et dure dix heures consécutives.

M. Cruveilhier ne perçoit plus les battements des artères iliaque et crurale, et diagnostique une gangrène spontanée; la mort survint au bout de quelques jours.

Bien qu'il n'y ait pas eu vérification par l'autopsie, je suis convaincu que, chez cette malade, l'invasion des accidents reconnaissait pour cause une embolie.

M. Dumont-Pallier fait remarquer que la malade de M. Cruveilhier avait une affection du cœur, ce qui est bien en rapport avec l'idée d'une embolie artérielle.

M. Gallard. Dans le fait qu'on nous présente aujourd'hui et dans celui que vient de raconter M. Cruveilhier, je vois bien une oblitération artérielle qui est incontestable; mais reste la question de la cause de cette oblitération. Rien ne prouve qu'elle soit le résultat d'un caillot migrateur, comme on le suppose, ni qu'elle ne se soit pas faite sur place. Contrairement à l'opinion que vient d'émettre M. Cruveilhier, je pense que c'est à l'anatomie pathologique bien plutôt qu'à l'observation clinique à fournir la preuve des embolies; sans autopsie démonstrative, la théorie des caillots migrateurs ne pourra jamais être solidement assise. Dans les faits actuels comme dans celui qui a été présenté récemment par M. Dumont-Pallier, on n'a pas constaté autre chose qu'une oblitération vasculaire, soit artérielle, soit veineuse; je ne voudrais donc pas que la pièce de M. Raynaud fût présentée sous le titre d'embolie, et je demande que la question soit réservée.

M. Raynaud insiste sur les symptômes observés du côté du cœur, et dont M. Gallard ne paraît pas tenir compte.

M. Gallard. M. Beau n'a rien trouvé à l'auscultation, et d'ailleurs eût-il trouvé des signes, que la question ne serait pas encore pour cela jugée définitivement. Il faut des pièces anatomo-

pathologiques probantes ; or, il n'en a pas encore été présenté à la Société anatomique, c'est ce que je tiens à constater.

M. Raynaud. Si l'auscultation pratiquée le lendemain des accidents n'a rien fait découvrir dans le cœur, c'est que déjà il n'y avait plus rien. En outre, M. Robin, qui croit pouvoir reconnaître dans la structure des caillots leur mode de formation, n'a pas trouvé dans ceux-ci les caractères de l'artérite, mais simplement ceux des caillots formés en dehors de tout travail inflammatoire.

M. Cruveilhier. Je ne pense pas que les médecins qui soutiennent la théorie des embolies attribuent la gangrène à l'obstacle purement mécanique qu'oppose à la circulation le caillot migrant. Celui-ci est le point de départ d'une artérite qui amène plus tard la gangrène ; ce n'est que de cette façon qu'on peut comprendre le rôle de l'embolie ; l'artérite qu'elle provoque doit s'étendre assez loin et jusque dans les vaisseaux assez petits pour empêcher la circulation par les collatérales et déterminer la mortification.

M. Gallard. Les partisans de la théorie des embolies leur attribuent une influence plutôt encore mécanique qu'irritante sur les voies circulatoires ; mais, pour mon compte, je crois à une maladie de l'artère développée spontanément et sur place.

M. Foville fait remarquer qu'il s'est écoulé dix jours entre les accidents observés du côté du cœur et ceux du membre inférieur, et se demande ce qu'il s'est passé dans cet intervalle.

M. Legendre. Outre la question d'anatomie pathologique, il y a une question chirurgicale. Pourquoi M. Nélaton n'a-t-il pas attendu ? pourquoi n'a-t-il pas fait l'amputation de la cuisse, au lieu de couper dans les tissus mortifiés ? Ce sont là des opérations malheureuses, car elles ont toujours été suivies de mort dans tous les faits qui ont été présentés à la Société. J'ai observé un cas où la séparation et la cicatrisation des parties molles étaient complètes ; l'os seul n'était pas détaché au centre ; on se décida à le scier, et le malade succomba. J'ai la conviction qu'il en sera de même de l'opérée de M. Nélaton, et je demande qu'on prenne acte du pronostic fâcheux que je porte.

M. *Raynaud* explique les principales raisons pour lesquelles M. *Nélaton* s'est décidé à pratiquer cette opération : 1° l'accident datait déjà de cinquante jours ; la malade dépérissait rapidement et serait probablement morte avant peu d'épuisement, si on avait laissé agir la nature ; 2° dans le cas où la séparation spontanée aurait eu lieu, les limites irrégulières de la gangrène auraient donné au moignon une forme de biseau très fâcheuse ; 3° enfin on a préféré l'amputation de la jambe à celle de la cuisse, dans l'espoir de conserver le genou.

M. *Cruveilhier*, à l'appui de ce que vient de dire M. *Legendre* sur les résultats si souvent funestes des opérations faites dans des gangrènes semblables et sur l'avantage qu'il y a à abandonner jusqu'au bout la guérison à la nature, cite l'exemple d'un jeune homme de son pays, âgé de vingt-cinq ans, et qui était complètement rétabli d'une gangrène spontanée de la jambe, à l'exception des os nécrosés, dont la séparation se faisait très lentement. Tous les médecins étaient d'avis de les scier ; mais M. *Cruveilhier* les en détourna, et le malade finit par guérir seul parfaitement.

La malade de M. *Raynaud* ayant, en effet, succombé huit jours après l'opération, les résultats de l'autopsie ont été l'objet d'une nouvelle discussion :

M. *Barth* considère que rien n'est plus difficile que de juger l'artérite ; on a décrit sous ce nom un grand nombre d'altérations d'origine très différente, et particulièrement les incrustations calcaires des tuniques artérielles. Les véritables caractères anatomopathologiques de l'artérite doivent être recherchés, non pas dans la tunique interne, mais dans l'externe, et consistent surtout dans une rougeur vive, due à l'injection des vaisseaux de l'artère, et dans l'infiltration du tissu cellulaire ambiant. Quant à la théorie des embolies, le cas actuel ne la renverse pas, comme on l'a donné à penser. On ne peut dire qu'une chose, c'est qu'il ne lui est pas favorable. Sans rien préjuger du mécanisme ni de la cause, la formation spontanée de caillots dans l'arbre circulatoire ne saurait aujourd'hui être révoquée en doute par personne ; ici on en voit plusieurs développés simultanément dans le cœur et dans un gros tronc artériel. Qu'un caillot ainsi formé puisse se détacher,

aller oblitérer une artère plus ou moins éloignée et devenir de cette façon une des causes de la gangrène spontanée, c'est là tout ce qu'ont soutenu les partisans des embolies. La théorie ne serait ruinée par la pièce en discussion que si elle avait dit : Toutes les gangrènes spontanées reconnaissent pour cause une embolie ; mais jamais elle n'a été formulée dans des termes aussi absolus, aussi exclusifs.

M. *Raynaud* insiste de nouveau sur la forme et la marche des accidents qui ont été tout à fait identiques avec ceux qu'on a indiqués comme symptomatiques d'une embolie, sur le court intervalle (dix-huit heures) qui s'est écoulé entre les phénomènes cardiaques et ceux du membre affecté : l'apparition brusque et la violence immédiate des douleurs, le refroidissement rapide et l'insensibilité de ce membre, insensibilité qui formait d'ailleurs un contraste remarquable avec les douleurs spontanées éprouvées par le malade.

M. *Vidal* pense qu'on peut expliquer par l'endocardite d'une part et par l'artérite de l'autre, la formation des divers caillots trouvés à l'autopsie.

M. *Raynaud* nie qu'il y ait artérite ; il est difficile de bien apprécier les pièces, maintenant qu'elles ont macéré dans l'alcool plusieurs jours ; mais la tunique externe des artères iliaques, au moment de l'autopsie, n'offrait pas la couleur rouge inflammatoire, elle était plutôt noirâtre, comme si l'on apercevait par transparence le caillot intérieur.

Plusieurs membres, MM. Léon Labbé, Millard, Legendre et Depaul, prennent successivement la parole pour établir qu'il y avait artérite, en se fondant principalement : 1° sur la coloration noire de la tunique externe qui appartenait en propre à cette tunique, au lieu d'être un fait de transparence difficile à admettre en raison même de l'épaisseur des tuniques artérielles ; 2° sur le défaut de cohésion de ces tuniques, qui a permis de les séparer avec une facilité insolite, et est tout à fait en rapport avec un état inflammatoire.

M. *Foville*, en dehors de la question étiologique de la gangrène spontanée, appelle l'attention sur ce fait remarquable d'un caillot volumineux ayant séjourné deux mois dans une des oreillettes, s'il est vrai qu'il sort d'une date aussi ancienne.

Extrait du rapport de M. ED. LABBÉ.

Si l'on considère la soudaineté et la simultanéité des accidents vers le cœur et vers le membre inférieur, si l'on a égard à l'état de santé habituel de la malade et à son âge, qui n'est guère encore favorable à l'idée d'une ossification ou d'une autre altération organique des artères, n'est-on pas en droit de croire, pendant la vie, à la migration d'un caillot formé vraisemblablement dans le cœur vers le tronc artériel du membre inférieur droit, c'est-à-dire à une *embolie artérielle*? Telle fut, en effet, l'opinion de M. Nélaton, confirmée pleinement par notre honorable président : « Les symptômes cliniques, a dit M. Cruveilhier, ont autant de valeur, sinon plus, que les lésions trouvées après la mort pour démontrer l'existence des embolies. » Bien que cette manière de voir ait été contredite, il importe de signaler à votre attention l'importance de cette assertion de l'auteur du *Traité d'anatomie pathologique générale*.

D'ailleurs l'examen microscopique du cœur nous fournit une preuve en faveur d'une embolie, puisqu'on trouve aux environs d'un des tendons ossifiés de la valvule mitrale, dans l'oreillette gauche, un coagulum fibrineux, dense, épais, adhérent par une de ses faces, inégal et déchiqueté du côté de sa face libre, et certainement très ancien (1). Mais il faudrait, pour avoir une certitude complète, trouver des débris de ce caillot dans l'artère oblitérée; or, il n'y a dans l'artère iliaque externe et dans la fémorale qu'un long caillot rougeâtre, molasse, diffus, adhérent en quelques points, et flottant dans une partie de son étendue. Ce caillot, de formation plus récente que celui du cœur, paraît être secondaire, c'est-à-dire le produit ou de la stagnation du sang ou de l'inflammation des parois artérielles. Cependant M. le professeur Nélaton et le présentateur ne voient pas là une artérite franche, mais bien une simple coagulation du sang, résultant de l'obturation de l'artère par un coagulum exotique.

Plusieurs membres de la Société prennent part à une intéres-

(1) M. Robin qui l'a examiné lui assigne environ deux mois d'existence. (Voir l'observation.)

sante discussion sur ce point : tous se prononcent pour une *artérite*, tous nient l'embolie.

J'éprouve un certain embarras à combattre une opinion aussi unanime ; pourtant, depuis quelque temps, la doctrine de Virchow reçoit une telle confirmation par de nouveaux faits que je ne désespère pas de vous rallier à une opinion qui, d'ailleurs, diffère peu de celle qu'a émise notre président avant de connaître l'autopsie.

Admettons que l'artérite existe réellement. Est-ce une raison pour nier l'embolie ? 1° L'artérite ne peut-elle pas être produite par un caillot migrateur ? 2° Ce caillot ou ce débris de coagulum, après avoir séjourné un certain temps dans une artère, après l'avoir oblitérée, ne peut-il pas se désagréger, se détruire ou se transformer de façon que toute trace de son origine disparaisse ? Ces deux questions préalables étant résolues, nous aurons prouvé seulement que, dans le cas qui nous occupe, une embolie est possible ; mais c'est dans la lésion du cœur et dans les phénomènes cliniques que nous trouverons la confirmation de ce fait.

Première question. — Virchow a précisément fait une multitude d'expériences qui prouvent que non-seulement un coagulum sanguin peut déterminer une inflammation des parois vasculaires, mais encore que cette inflammation est plus étendue et plus intense que celle produite par un corps étranger, inorganique, tel qu'un morceau de caoutchouc ou de moelle de sureau. Voici d'ailleurs la traduction du texte de Virchow, que je dois à l'obligeance de notre collègue M. Axenfeld (*Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique*, t. I, p. 469) :

« Assez régulièrement il se produit dans l'étendue des thrombus et des embolies un changement dans la nutrition de la paroi (quand ce changement n'a pas préexisté), et il revêt très facilement un *vrai caractère inflammatoire* (phlébite, artérite). Le degré de cette altération dépend essentiellement des qualités mécaniques et chimiques des bouchons, et celles-ci, à leur tour, varient selon la composition primitive du sang d'où procède le coagulum, d'après la disposition des parties adjacentes, d'après la nature des tissus qui fournissent l'embolie. Dans certaines conditions, par exemple, lorsque..... l'embolie est arrachée des valvules calcifiées, l'irritation mécanique produite par une surface dure, raboteuse, peut agir énergiquement sur la paroi vasculaire dans le point obturé.....

L'irritation est-elle simple et modérée, la modification nutritive de la paroi vasculaire a elle-même un caractère de simplicité; la paroi s'épaissit, les éléments des tissus s'engorgent, le vaisseau se soude aux parties voisines par des adhérences assez épaisses. L'irritation est-elle plus forte, des infiltrations purulentes, des abcès, enfin la perforation des parois peuvent avoir lieu..... Ces diverses influences, je les ai suivies expérimentalement aussi bien dans les vaisseaux périphériques que dans les artères pulmonaires, ce qui donne des résultats bien plus probants. C'est ainsi que des bouchons de caoutchouc, dans ces artères, ne produisent qu'une inflammation limitée, plastique des parois vasculaires et des parties voisines. »

M. Cruveilhier, qui, s'il n'a pas formulé la théorie de l'embolie ni créé le mot, n'en connaissait pas moins le fait avant les publications de Virchow, dit, dans son *Anatomie pathologique*, t. II, p. 295 : « Les caillots adhérents des artères sont, en général, formés dans la portion du vaisseau qu'ils occupent; mais il n'est pas impossible que, dans quelques cas particuliers, des caillots produits dans le cœur ou dans une poche anévrysmale se détachent de cet organe pour être projetés dans l'arbre artériel et s'arrêter dans une division plus ou moins éloignée, et que là ils provoquent une inflammation, laquelle est rarement circonscrite à la région du vaisseau qu'occupe le caillot primitif, d'où l'interruption du sang artériel dans une plus ou moins grande étendue, et par conséquent la gangrène. Exemple : aiguille dans le cœur, pièce pathologique présentée à la Société anatomique le 46 novembre 1849.

Deuxième question. — Quel est le sort ultérieur des caillots ? On conçoit parfaitement, à priori, que, par le seul fait de l'impulsion du sang, c'est-à-dire des efforts de l'ondée sanguine, qui, dans une artère, vient frapper le caillot 72 fois par minute, on conçoit, dis-je, que celui-ci puisse être ébranlé, désagréé, détruit par fragments; qu'il puisse se ramollir et, pour ainsi dire, s'user. D'autre part, il peut subir la transformation bien connue du thrombus et quelquefois adhérer aux parois (s'il est ancien, car les caillots récents n'adhèrent pas). Eh bien, tout cela, les observations et les expériences de Virchow le confirment encore.

Ne pouvons-nous pas conclure maintenant que, dans le fait qui nous occupe, l'artérite, si elle existe, ne reconnaît pas d'autre cause que l'existence préalable d'un caillot obturateur, car toutes

les autres causes connues de l'artérite manquent ici complètement ? Il n'y a pas eu la moindre compression dans le point oblitéré ; il n'y a pas trace de dégénérescence athéromateuse des parois, ni même aucune maladie générale, aucune altération des liquides ; l'obstruction de l'artère s'est faite *subitement*, en pleine santé. D'ailleurs, avec cette dernière hypothèse de quelque principe délétère dans le sang, il pourrait aussi bien y avoir coagulation spontanée avant l'apparition de tout phénomène phlegmasique que coagulation consécutive à l'inflammation vasculaire. Dans ce dernier cas, elle se ferait lentement, et nous n'avons pas besoin d'invoquer une coagulation spontanée sur place, puisque nous trouvons vers le cœur, pendant la vie comme après la mort, des présomptions si puissantes en faveur d'une embolie.

Si j'insiste autant sur ce sujet, c'est moins pour apporter un fait nouveau à l'appui de la doctrine de Virchow, qui en possède de plus probants, que dans l'espoir d'ajouter quelques éclaircissements à l'histoire de l'artérite, à l'étiologie surtout, encore bien obscure.

N'a-t-on pas, en effet, donné trop de place à cette loi, très vraie cependant, à savoir que la formation de caillots fibrineux est le premier effet de l'inflammation vasculaire ? M. le professeur Cruveilhier, qui a si bien démontré cette vérité, ne nie pas pour cela la réciproque (comme nous l'avons cité précédemment). Reconnaissons donc que les coagulums sanguins, dans les vaisseaux, peuvent être *cause* ou *effet* de l'artérite et de la phlébite.

Et si, grâce aux travaux de MM. Gulliver, Virchow, Charcot, Robin, Rokitsky, etc., nous pouvons déjà distinguer les caillots anciens des caillots récents, les caillots primitifs des caillots secondaires, les caillots formés sur place des caillots exotiques, les caillots par prolongements, etc., etc., si, d'après les symptômes cliniques, nous pouvons déjà reconnaître la source de ces productions fibrineuses, si meurtrières, peut-être ne sommes-nous pas très loin de l'époque où toutes ces données scientifiques, jusque-là stériles, deviendront fécondes en applications pratiques utiles.

Ont été nommés :

Membre titulaire, M. Bonfils.

Membre correspondant, M. Wannebroucq.

XXXIV^e ANNÉE. — JUILLET 1850.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Tumeur cancéreuse et kystes multiples de l'ovaire. — 2. Perforation traumatique de l'intestin grêle. — 3. Fractures multiples, hémorrhagie intra-rachidienne. — 4. Dilatation de la crosse de l'aorte. — 5. Tumeur du cervelet, excitation de l'appétit vénérien. — 6. Altération remarquable des os du crâne chez un enfant rachitique.

OBSERVATIONS. — Angine pseudo-membraneuse; paralysie consécutive du voile du palais; passage d'un bol alimentaire dans la brouche gauche; asphyxie; — par M. L. Roché, interne des hôpitaux.

Abcès froid de la partie postérieure du cou; céphalalgie très intense; tumeur blanche de l'articulation altoïdo-axoïdienne, avec foyer purulent en communication avec le quatrième ventricule, par M. Wannebroucq, interne des hôpitaux. — Extrait du rapport de M. Lefort.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. *M. Descroizilles fait voir une tumeur cancéreuse de l'ovaire, avec kystes multiples.*

Philippine Lejeune, âgée de quarante-huit ans, est entrée le 28 mai 1850 à la Charité (service de M. Nonat).

Cette femme, d'un tempérament lymphatique, très amaigrie et très débilitée, ne peut donner que des renseignements fort incomplets sur sa santé antérieure. Réglée à l'âge de quinze ans, mariée cinq ans après, elle a eu successivement trois enfants, dont le dernier a aujourd'hui neuf ans. La menstruation s'est faite régulièrement pendant plus de vingt ans; jamais elle n'aurait souffert à l'époque de ses règles. Ses couches se sont toujours passées naturellement et sans douleurs excessives. C'est vers 1850 seulement que la menstruation est devenue moins régulière, pour cesser complètement deux ans plus tard. A dater de cette époque, le ventre s'est développé peu à peu, et depuis quatre ou cinq ans il est resté constamment tendu et douloureux à la pression. Quant à la manière dont s'est produit ce développement, la malade ne peut dire

s'il a paru d'abord d'un seul côté, ni s'il a rapidement augmenté, et elle n'indique comme point de départ aucune cause déterminante. Elle sait cependant que depuis au moins deux ans, la pression était très douloureuse au-dessus du pubis, et qu'en ce point elle pouvait sentir elle-même un corps inégal et résistant, placé sur la ligne médiane. Aujourd'hui le ventre est très considérablement ballonné : la paroi abdominale, sillonnée de veines nombreuses et distendues, donne un son mat à la percussion à sa partie inférieure et sur ses parties latérales. Au niveau de l'épigastre, au contraire, et dans les points environnants, on retrouve le son intestinal. La fluctuation est des plus manifestes ; le foie et la rate ont leur volume normal ; sur toute la surface, la sensibilité est très marquée. Au-dessus du pubis, on sent très distinctement un corps dur, qui ne cède pas à la pression ; son volume est celui d'une petite orange, et ses limites inférieures ne peuvent être déterminées. Il est placé, du reste, très profondément, et semble n'être que la portion supérieure d'une tumeur occupant l'excavation du petit bassin. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus abaissé à 5 centimètres de la vulve. Le col est petit, lisse et régulier ; son orifice est transversal. Le corps est repoussé en avant et en antéverson prononcée ; le cul-de-sac vaginal antérieur existe, mais en arrière, et sur les côtés le doigt ne peut plus pénétrer. Toute la paroi vaginale postérieure se trouve soulevée par un corps volumineux, bosselé, aussi dur à la pression que le corps placé derrière le pubis, et se rattachant très probablement à lui, car les chocs imprimés à la paroi hypogastrique, au niveau de la tumeur, sont très manifestement perçus par le doigt, que déprime la paroi vaginale, tandis qu'ils retentissent faiblement sur le col de l'utérus. Aucune artère ne bat sous le doigt. Du reste, pas d'œdème des membres inférieurs ; à peine existe-t-il un peu d'infiltration au niveau des malléoles. Les organes respiratoires sont sains. Du côté du cœur, on trouve un très léger bruit de souffle au premier temps, au-dessous du mamelon ; il est un peu plus prononcé aux carotides, surtout à droite. Le pouls est petit et régulier, à 80 ; la température normale, la peau sèche et un peu terreuse. La face est tirée, d'une expression chagrine et inquiète, d'une teinte qui indiquerait plutôt une anémie profonde qu'une affection organique. La langue est pâle, il y a peu d'appétit, des hoquets, des nausées fréquentes,

mais pas de vomissements ; de la constipation et un peu de douleur en urinant, ce qui s'explique sans peine par la compression que la tumeur doit exercer sur la vessie. M. Nonat admet l'existence d'un corps solide placé en arrière de l'utérus, qu'il a très facilement suivi sur sa face antérieure. Ce corps est peut-être de nature fibreuse, et son point de départ serait alors la face postérieure de l'utérus ; mais on peut tout aussi bien avoir affaire à une masse ayant son point de départ dans l'un des ovaires. Il y a, en outre, un épanchement dans la cavité péritonéale, et cet épanchement serait dû, suivant lui, à un état phlegmasique ancien de la séreuse intestinale.

La malade a passé plus d'un mois dans le service sans qu'aucun fait notable se soit produit. La tuméfaction de l'abdomen restait à peu près stationnaire ; mais la quantité d'urine rendue dans une journée influait visiblement sur la gêne éprouvée par la malade et sur la distension de la paroi. Cette quantité s'élevait quelquefois à 2 litres, et alors le ventre s'affaissait et sa circonférence diminuait de plusieurs centimètres. A d'autres moments, la malade rendait à peine 500 grammes d'urine, et à l'instant on pouvait constater un retour bien marqué de tous les troubles fonctionnels. Au commencement de juillet, le ballonnement devint beaucoup plus considérable ; la malade réclama elle-même la ponction, que M. Nonat ne se décida à pratiquer que sur ses instances réitérées. Cette ponction fut faite d'après les règles ordinaires, et l'on recueillit 9 litres environ d'un liquide semblable à du sang très pâle. Aucun accident ne suivit cette opération, qui fut pratiquée le 8 juillet, mais cinq jours après, la malade succomba, sans avoir beaucoup souffert, et par suite d'un affaissement progressif (le 13 juillet). Il faut noter que, jusqu'au dernier moment, la tuméfaction est restée localisée à la cavité abdominale sans gagner les membres inférieurs.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, nous avons trouvé dans le péritoine les traces d'une phlegmasie ancienne : coloration violacée sur toute la surface, adhérences nombreuses et résistantes, soit des anses intestinales avec les parois de la cavité abdominale, soit des anses intestinales entre elles ; enfin un liquide d'un rouge clair, semblable à celui qui a été recueilli au moment de la ponction, et dont un litre s'écoula encore à l'ouverture du

cadavre. La cavité du petit bassin est occupée tout entière par une masse bosselée, inégale, dont la partie supérieure est formée par un kyste à parois peu résistantes, et qui se laissent facilement déchirer. Ce kyste, à peu près régulièrement globuleux, est rempli par un liquide incolore et sans odeur. La masse entière est enlevée avec peine, et l'on est obligé, pour l'isoler, de séparer plusieurs anses intestinales fixées à sa surface par des brides péritonéales extrêmement résistantes. Le rectum adhère à la masse dans toute son étendue; mais, de même que les autres anses, il est exempt, dans sa cavité comme dans ses parois, de toute altération. La vessie est intacte, mais ratatinée et aplatie au-dessous et en arrière du pubis. Quant à la masse elle-même, sur laquelle se fixe tout l'intérêt, on la trouve constituée par l'utérus, qui du reste est parfaitement sain et libre sur tous ses points; par l'ovaire et la trompe gauches, également sains; par la trompe droite, et enfin par une réunion de cinq à six kystes, du volume d'une orange, unis les uns aux autres, auxquels vient s'accoler une série de cavités très irrégulières, occupées par une matière cérébriforme qui offre tous les caractères de l'encéphaloïde, et dans laquelle on a trouvé au microscope des cellules cancéreuses. Cette dégénérescence singulière, qui, dans son ensemble, a les dimensions d'une énorme tête de fœtus, part évidemment de l'ovaire droit, dont on n'a pu retrouver de traces.

Le foie, la rate, les organes thoraciques étaient parfaitement sains.

M. Dolbeau fait ressortir le danger des ponctions pratiquées dans le cas de tumeur abdominale à marche chronique, et qui accélèrent souvent la mort des malades, au lieu de les soulager; il pense qu'elles doivent être retardées le plus possible, et que l'on ne doit y avoir recours que si la gêne de la respiration est très prononcée.

3. M. Jaccoud fait voir une *perforation traumatique de l'intestin grêle*, produite par un coup de manche à balai sur le ventre. Le malade, âgé de cinquante-deux ans, vint à pied des Ternes à l'hôpital Beaujon, se plaignant de douleurs générales, mais sans bal-

lonnement. Ce ne fut que le surlendemain que survinrent des selles noirâtres, des vomissements, du météorisme, la fréquence et la petitesse du pouls, et tous les signes d'une péritonite généralisée, mais on ne soupçonna pas la perforation. Le malade succomba le quatrième jour

A l'autopsie, on trouva, outre les traces de la péritonite, quatre cuillerées environ de matières fécaloïdes, épanchées dans la cavité du petit bassin, et vers la fin de l'intestin grêle, la perforation, au voisinage de laquelle existait encore un peu de sang. Tout le reste du tube digestif était parfaitement sain.

3. M. Chavet fait voir une série de fractures avec hémorrhagie intra-rachidienne, observées sur un malade de Bicêtre, âgé de cinquante-quatre ans, qui est mort deux heures après avoir fait une chute dans un escalier. Immédiatement après l'accident, le malade avait été pris de convulsions violentes, pendant lesquelles on entendait à distance des craquements dans tout le corps.

A l'autopsie, on a trouvé : 1° une fracture au tiers moyen du fémur ; 2° une fracture transversale du tiers supérieur de l'humérus, dont le fragment supérieur a produit une solution de continuité dans la longue portion du biceps ; 3° six côtes fracturées, dont trois envoyaient des esquilles dans le poumon ; 4° la rotule fracturée comminutivement et réduite en un très grand nombre de fragments dont plusieurs avaient pénétré dans l'articulation du genou ; 5° enfin, une fracture en coin de la clavicule, dont le fragment externe était très aigu. Il n'y avait rien dans l'encéphale ni du côté de la boîte crânienne ; mais l'ouverture du canal vertébral a révélé une hémorrhagie rachidienne, abondante, située tout entière en dehors des méninges, et qui explique les convulsions et la mort rapide du malade. Il n'y avait rien dans l'arachnoïde spinale, ni dans l'intérieur de la moelle ; l'hémorrhagie est tout à fait *extra-méningée* ; il est impossible de savoir si elle a causé ou suivi la chute. Il n'y avait pas de fracture de la colonne vertébrale.

4. M. Coulon fait voir une dilatation de la crosse de l'aorte.

Colomb (Claude), artiste, âgé de soixante et un ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 14 juin 1859.

Cet homme est d'une bonne santé habituelle. Pas d'antécédent scrofuleux ou syphilitique. Il n'a jamais eu de rhumatisme.

Depuis six mois environ il a des palpitations, et depuis quatre mois il a de l'œdème au niveau des malléoles. Cet œdème a disparu et reparu plusieurs fois ; mais depuis quinze jours il est plus marqué, il a gagné successivement les jambes, les cuisses, le scrotum et la paroi abdominale.

État actuel le 14 juin 1859. — Ce malade a des palpitations. On voit, dans le deuxième espace intercostal du côté droit, des battements semblables à ceux du cœur, mais il n'existe pas de voussure en ce point. En appliquant la main en cet endroit, on perçoit un frémissement cataire des plus prononcés. Par l'auscultation, on entend un bruit de souffle aux deux temps, mais plus prononcé au premier qu'au second. Ce double bruit de souffle s'entend dans toute l'étendue de la région précordiale, mais il a son maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal du côté droit. La percussion fait reconnaître que la matité existe dans une assez grande étendue à droite du sternum, surtout dans le deuxième espace intercostal.

L'oppression est très grande après la moindre fatigue, mais elle est à peu près nulle lorsque le malade n'est pas fatigué.

L'auscultation du thorax fait entendre en arrière beaucoup de râles sous-crépitants, qui indiquent probablement un œdème des poumons.

Infiltration des membres inférieurs, du scrotum et des parois abdominales.

Sous l'influence du repos, l'oppression diminue et les battements du cœur deviennent moins forts.

4^{er} juillet. On remarque sur le dos de la main gauche de l'œdème, qui bientôt s'étend à tout le membre thoracique du même côté.

Ce malade s'affaiblit chaque jour. Le 11 juillet, il est pris d'une diarrhée colliquative que rien ne peut arrêter, et le 14 il succombe dans le dernier degré de faiblesse.

Autopsie. — On trouve une dilatation de la crosse de l'aorte ; ce vaisseau a en ce point presque le double de son diamètre normal. Il existe aussi une légère dilatation du tronc artériel brachio-céphalique. On voit des incrustations cartilagineuses et calcaires à la surface interne de l'aorte, dans une étendue de 2 centimètres ; il n'y a pas d'incrustations dans les autres artères. Les valvules aortiques et celles de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche présentent aussi quelques incrustations.

Le cœur est hypertrophié. Les poumons sont engoués. Pas d'altération dans les autres organes.

5. M. Martineau présente une *tumeur du cervelet*, observée dans les conditions suivantes :

Jacques R..., âgé de soixante ans, chef à la salubrité, entré à l'hôpital Beaujon le 23 juin 1859, couché au n° 53 de la salle Beaujon, service de M. Béhier.

Depuis deux ou trois ans, ce malade se plaignait d'éprouver de violents maux de tête, et néanmoins il continuait son travail.

Il y a seize mois environ, il a été obligé de le cesser. Un jour, en rentrant chez lui, il éprouve une céphalalgie générale beaucoup plus violente qu'elle ne l'avait été jusqu'alors, céphalalgie se montrant sans autres accidents, sans perte de connaissance, sans convulsions. Depuis, il ne quitta plus sa chambre, il ne pouvait marcher que soutenu par une personne. Quand il veut marcher seul, il fait plusieurs pas de suite en avant, comme en sautant, puis tombe, non parce qu'il est paralysé, mais parce qu'il y a défaut de coordination des mouvements. On le relève, et s'il veut encore marcher seul, il fait de nouveau plusieurs pas de suite, très vite, et tombe en avant. Dans ces chutes, il ne perd jamais connaissance, n'éprouve jamais de convulsions ou d'autres accidents épileptiformes. Du reste, pendant tout le cours de sa maladie, il n'a jamais eu d'attaques ni éprouvé de mouvements convulsifs. Son intelligence est restée intacte, sa mémoire bien conservée. La sensibilité est restée normale, ainsi que la motilité. Il remue facilement ses membres tant supérieurs qu'inférieurs. En un mot, il n'a jamais présenté de phénomènes de paralysie, ni d'anesthésie, ni de convulsions, ni de contracture. La seule chose qu'il ait re-

marquée, c'est qu'il avale facilement les aliments solides, mais difficilement ceux qui sont un peu liquides, la soupe, par exemple; ils lui reviennent par le nez. Il n'a jamais eu de vomissements. Un autre phénomène l'a vivement impressionné, c'est une exagération de fonction des organes génitaux. Ainsi, depuis qu'il a commencé à tomber en voulant marcher, il a remarqué qu'il était obligé de voir sa femme tous les deux jours, et encore de deux à trois reprises chaque fois; c'était pour lui un besoin extrême; rien ne pouvait l'en détourner. Malgré cela, il avait pris depuis le commencement de sa maladie, un embonpoint extraordinaire. Il est resté ainsi jusqu'au 23 juin dernier, époque à laquelle il est entré à l'hôpital Beaujon.

Le soir, à la visite, nous trouvons un homme offrant les signes extérieurs d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sanguin; sa face est vivement injectée, son pouls normal, 60 pulsations. Il répond très bien à nos questions. Il nous raconte que le matin, étant seul, il voulut se lever pour aller au cabinet, et sitôt qu'il a voulu marcher, il n'a pu faire que quelques pas désordonnés et est tombé en avant. Il porte au front et au coude gauche des traces d'une contusion récente.

Voyant cela, le désespoir le prit, il envoya chercher une voiture et se fit conduire à l'hôpital. Il se plaint d'une céphalalgie violente et d'une grande difficulté pour avaler les liquides; n'éprouve ni éblouissements ni bourdonnements dans les oreilles, n'a aucune envie de vomir. Il remue parfaitement les membres. Sa sensibilité, explorée soit à l'aide d'une épingle, ou du pincement de la peau, ou des parties profondes, est intacte. Il a aussi parfaitement la sensation d'un corps froid que nous appliquons en différents endroits du corps. Pas de rétention ni d'incontinence d'urine, miction volontaire. Les différents sens sont de même intacts. Les pupilles sont normales, ni contractées ni dilatées. L'intelligence est parfaitement conservée, ainsi que la mémoire, car il nous rend très bien compte de sa maladie, de tous les symptômes qu'il a éprouvés.

Pendant son séjour dans la salle, aucuns troubles tant du côté de la motilité que du côté de la sensibilité et de l'intelligence n'ont pu être observés.

A l'auscultation du cœur, on entend les bruits normaux de cet

organe; ils ne sont ni accélérés ni ralentis. Les battements des artères sont de même à l'état normal.

Rien de particulier du côté du tube digestif, seulement un peu de constipation. En outre, fréquentes érections, suivies d'éjaculation.

Les phénomènes de congestion attirèrent surtout l'attention, et fournirent les indications qu'on chercha à remplir. — 16 sangsues furent appliquées en deux fois au siège; lavement purgatif.

Le 28 juin, on constate, à la visite, que le malade a eu pendant la nuit un délire marqué. Sa peau est chaude, son pouls fort, fréquent (90 pulsations).

A l'auscultation, on entend dans toute la hauteur du poumon droit des râles sous-crépitants, gros, humides, et vers l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, on trouve un léger bruit de souffle, bruit doux, et non sec comme celui de la pneumonie franche.

La percussion donne une résonnance normale; pourtant elle paraît diminuée au niveau du bruit de souffle, surtout si on la compare avec celle que donne le poumon gauche, qui d'ailleurs ne présente rien à noter par l'auscultation.

Les crachats sont gros, épais, jaunâtres, très adhérents au vase.

Le malade se trouve gêné pour respirer; il présente une orthopnée assez forte. Pas de point douloureux dans la région thoracique. Les lèvres sont un peu cyanosées.

Pendant les jours suivants, jusqu'au 1^{er} juillet, époque à laquelle il succomba, son orthopnée augmente; d'abord intermittente, elle devient continue; la cyanose se prononce davantage aux lèvres, aux extrémités, et le malade meurt le 1^{er} juillet, au soir.

Le traitement consista en vésicatoires aux deux bras et sur le devant de la poitrine, et l'administration d'extrait de quinquina 50 centigrammes.

Autopsie le 3 juillet, par une chaleur intense, trente-deux heures après la mort. Putréfaction assez prononcée.

Examen des organes thoraciques. — Le poumon gauche s'enlève facilement. Il est rougeâtre, violacé à la base (congestion cadavérique).

Le poumon droit présente plusieurs adhérences à la paroi tho-

racique, mais très faibles et récentes; de plus fortes existent entre la base du poulmon et la plèvre diaphragmatique. Elles ne cèdent pas à la traction; il faut employer le bistouri pour détacher le poulmon. Pas d'épanchement dans la cavité pleurale. Ce poulmon est gros, volumineux; il présente une coloration violacée générale, crépite assez bien entre les mains, se laisse déchirer assez facilement. A la coupe, il laisse écouler une grande quantité de liquide sanguinolent, mélangé d'air et de mucosités; plongé dans un vase rempli d'eau, il surnage parfaitement. On ne trouve ni infiltration plastique, ni caillots.

Le cœur présente un volume normal. Pas de liquide dans le péricarde.

Les orifices du cœur sont intacts, ainsi que l'aorte.

Rien dans le foie, dans la rate ni dans le tube digestif.

Rien dans le pharynx pouvant expliquer par cause mécanique la dysphagie que cet homme éprouvait.

Cavité crânienne. — La dure-mère est parcourue par un grand nombre de vaisseaux noirâtres, assez volumineux. Les sinus sont gorgés de sang liquide, noir. A l'incision de la dure-mère, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité.

L'arachnoïde est normale.

La pie-mère est très injectée, parcourue de vaisseaux très nombreux, contenant de même un sang liquide, noirâtre. Elle s'enlève assez facilement; elle n'est ni adhérente, ni épaissie.

Le cerveau présente une consistance assez ferme.

Les circonvolutions sont normales, ni aplaties, ni diminuées de volume.

A la coupe du cerveau, on observe une injection assez prononcée des deux substances, se présentant sous l'aspect sablé. En aucun point on ne trouve d'épanchement sanguin. Sérosité en assez grande abondance dans les ventricules.

Le *cervelet* présente une conformation extérieure normale. La pie-mère qui le recouvre est aussi injectée que celle du cerveau. Elle s'enlève de même assez facilement.

Face supérieure normale.

La face inférieure, sur les parties latérales, est normale, mais la scissure médiane qui sépare les hémisphères cérébelleux est élargie. La partie inférieure ou éminence vermiciforme du lobe moyen, qui

dans l'état normal est profondément située dans cette scissure, est devenue plus proéminente, mais profondément enfoncée. Elle forme une saillie assez considérable entre les deux hémisphères. Les lamelles qui constituent ce lobe sont aplaties, présentent une coloration jaunâtre. En palpant cette partie, on a la sensation d'un corps dur, assez volumineux, paraissant occuper tout le lobe médial du cervelet.

En incisant la substance cérébrale qui recouvre ce corps, on la trouve réduite en une mince pellicule de 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

Au-dessous de cette lamelle de substance cérébrale, se trouve un corps de coloration noirâtre, uniforme, tirant un peu sur le jaune, de consistance dure et ferme, d'un volume assez considérable, comparable à celui d'une noix, ayant détruit presque toute la substance qui compose le lobe moyen du cervelet, mesurant, dans son diamètre antéro-postérieur, 3 centimètres $\frac{1}{2}$; dans son diamètre transverse, 2 centimètres; dans son diamètre vertical ou dans sa hauteur, 1 centimètre $\frac{1}{2}$. Il est étendu depuis l'extrémité postérieure jusqu'à l'extrémité antérieure ou nette.

Sur ses parties latérales, il est parfaitement limité au lobe médian, ne s'étend pas dans les lobes latéraux.

Les parois qui contiennent ce corps de forme ovale, sont tapissées par une membrane lisse et d'une minceur extrême. Ces parois sont régulières et sont formées par la substance cérébrale, qui, en haut et en bas, est réduite en une mince lame de 2 millimètres d'épaisseur.

Ce corps, enveloppé, comme nous venons de le dire, de toutes parts par la substance cérébrale, proémine, par son extrémité antérieure, dans le quatrième ventricule; de telle sorte qu'il efface complètement la moitié inférieure de cette cavité, repoussant en avant le bulbe rachidien, qui paraît plus aplati que dans l'état normal.

Sur les parties latérales et en avant, ce corps efface complètement les valvules de Tarin, et repousse en dehors et en bas les lobules tonsillaires. Par son extrémité postérieure, il rend plus proéminente l'extrémité correspondante du lobule médian. Par la saillie qu'il forme dans la scissure médiane interhémisphérique, il repousse en dehors les lobes latéraux qui le recouvrent à peine.

Les rapports de cette tumeur avec les pédoncules du cervelet sont assez éloignés. Ces pédoncules, d'abord situés sur ses parties latérales, à leur naissance, lui deviennent ensuite antérieurs et supérieurs au niveau du quatrième ventricule.

Cette tumeur, incisée, présente une coloration noirâtre, d'un aspect stratifié. Elle paraît être formée par un épanchement sanguin déjà ancien, épanchement qui n'est plus constitué que par la partie solide du sang. L'examen au microscope n'a pas été fait.

La substance cérébrale qui l'entoure est de consistance et de coloration normales.

Le bulbe rachidien et la protubérance annulaire sont intacts.

G. M. Wannebroucq, interne des hôpitaux, fait voir *une altération remarquable des os du crâne chez un enfant rachitique âgé de deux ans et demi.*

Sur les os des membres, on remarque que le canal médullaire est considérablement agrandi aux dépens de l'épaisseur du cylindre osseux; celui-ci est réduit à l'état d'une faible coque extrêmement friable ayant sur certains points à peine l'épaisseur d'un demi-millimètre, et encore ce tissu osseux restant est-il presque tout spongieux, creusé, jusque sur presque toute sa surface externe même, de canaux larges relativement et accolés les uns aux autres en séries plus ou moins parallèles. En un mot, le tissu compacte a disparu en presque totalité.

Le tissu spongieux normal se présente à la coupe avec des cellules agrandies. La cavité de ces os était, à l'état frais, remplie d'un tissu médullaire extrêmement abondant, paraissant comme à l'étroit dans les points qu'il occupait, extrêmement vasculaire, presque fongueux, fort mou, mais sans épanchement apparent. A l'extérieur, le périoste était très épaissi, très vasculaire, peu adhérent à l'os sous-jacent, se laissant retrousser facilement en manchette; en divers points, ainsi qu'on peut le constater sur les pièces sèches, il était incrusté de substance calcaire, comme si ces os étaient, au moment de la mort du sujet, au début de la période de réparation.

Mais la partie vraiment intéressante du squelette, c'est le crâne.

Il a été ouvert avec un couteau sans plus de résistance qu'on n'en aurait eu à couper de la cire vierge. Le cerveau en occupait toute la cavité sans altération, ni des enveloppes, ni de la substance cérébrale; il n'y avait pas de liquide dans les ventricules.

Quand on rétablit l'une sur l'autre les deux portions correspondantes du crâne, on voit que celui-ci est énormément développé dans toutes ses dimensions, mais principalement encore vers la protubérance occipitale. La région frontale aussi proémine fortement et surplombe les os de la face, laquelle paraît amoindrie. L'épaisseur des os du crâne est très faible; en certains points, et à l'état frais surtout, on faisait fléchir ces os comme du parchemin et sans les briser; le tissu compacte semble manquer en beaucoup d'endroits, tant les deux tables, interne et externe, sont minces; il n'existe, pour ainsi dire, que le diploé. La fontanelle antérieure est encore très large. Outre ces lésions, qui sont assez ordinaires, il en est une toute particulière et qui n'a guère été encore signalée. Ce sont des pertes de substance subies par la voûte du crâne, principalement dans les régions occipitale et pariétale postérieurement. Ces différentes parties de la voûte du crâne sont percées à jour d'un très grand nombre de trous qui la transforment en une espèce de crible ou de dentelle. Ces trous ont une dimension variable entre 2 millimètres et 1 centimètre $1/2$; ils sont généralement arrondis ou ovalaires; leur circonférence est moins étendue du côté de la table externe que du côté de la table interne. Ils paraissent coupés à l'emporte-pièce de dehors en dedans, et sont comme taillés en talus de dedans en dehors. On peut remarquer, en outre, qu'ils correspondent tous à des impressions cérébrales; les plus larges occupent le fond des fosses occipitales inférieures. Ces perforations sont symétriquement placées par rapport à la ligne médiane, comme les circonvolutions auxquelles elles correspondent. On voyait à l'état frais, et la remarque peut en être faite encore pour quelques-unes, que la substance osseuse est remplacée dans ces divers points par une membrane fibreuse très mince, analogue, excepté l'épaisseur, à la membrane qui occupe les fontanelles. Au pourtour de plusieurs de ces pertes de substances, on remarque des espèces de petites jetées osseuses extrêmement fragiles partant de la circonférence et se dirigeant plus ou moins loin vers le centre; ces petites aiguilles de tissu osseux semblent continuer la table externe.

A quoi attribuer ces solutions de continuité dans la substance osseuse du crâne? Je pense qu'on ne peut les rapporter qu'à la résorption qui s'opère dans les os sous l'influence de la cause générale qui amène l'état rachitique du squelette. Nous voyons, en effet, que tous les os de notre sujet avaient subi une résorption très considérable, de telle sorte que dans certains points du fémur, par exemple, il ne reste plus qu'une coque extrêmement fragile; tout le crâne a subi lui-même une résorption exagérée, en même temps que, cédant à l'expansion cérébrale, il a acquis des proportions démesurées; ce qui devait contribuer encore à rendre moindre l'épaisseur des os qui le constituent. C'est surtout la partie inférieure de la voûte crânienne qui a subi ce mouvement d'expansion, de telle sorte qu'elle semble déborder sur la face; l'occipital particulièrement, qui supporte sans appui sous-jacent le poids d'une portion considérable de l'encéphale, présente une cavité très agrandie, et c'est dans les points correspondants à des saillies de la substance encéphalique, points déjà moins épais à l'état physiologique, que la dilatation et la résorption se sont montrées à leur plus haut degré, à leur extrême limite. Nous voyons aujourd'hui ces os du crâne presque dans l'état le plus avancé où le travail morbide a pu les amener. On ne s'étonnera pas que, même dans le cas où la réparation semble être en bonne voie pour les autres os, elle soit nulle ou à peu près pour ceux du crâne; on sait le peu de tendance que présentent ces os à réparer leurs pertes de substance dès que celles-ci ont certaines dimensions; les plus petites couronnes du trépan restent ordinairement vides de tissu osseux tout le reste de la vie. Il semble que la dure-mère joue un rôle presque nul dans le travail de nutrition des os du crâne, et que le périoste externe, quoique médiocrement actif, alimente seul ces os.

En résumé, ces trous qui criblent l'occipital me paraissent être produits par la résorption osseuse de cause rachitique, exagérée dans ces points; ils se seraient réparés si le sujet avait vécu, mais probablement avec une grande lenteur.

M. Bonfils fait remarquer qu'on n'a trouvé nulle part les prétendus épanchements sanguins sous-périostiques et sous-médullaires auxquels M. Jules Guérin a prêté un si grand rôle dans l'évolution du rachitisme, et que le docteur Bouvier a nié formellement. (Le-

çons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur : 1858, p. 273.)

ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE. — PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS CONSÉCUTIVE. — PASSAGE D'UN BOL ALIMENTAIRE DANS LA BRONCHE GAUCHE. — ASPHYXIE, — par M. L. ROCHÉ, interne des hôpitaux.

Le 4^{er} juillet 1859 est entrée à l'hôpital Lariboisière, au n° 8 de la salle Sainte-Joséphine (service de M. Tardieu), Delorme (Marie). Cette jeune fille, âgée de vingt-deux ans, exerçant la profession de femme de chambre, d'une bonne constitution en apparence, avait depuis longtemps les amygdales un peu grosses ; plusieurs fois déjà elle avait eu mal à la gorge. A son arrivée dans le service, on constate une angine pseudo-membraneuse intense. Des fausses membranes couvrent les amygdales, le voile du palais, et semblent se propager assez avant dans le gosier. La dyspnée est intense, la fièvre forte, les ganglions sous-maxillaires engorgés, l'aphonie presque complète.

Le jour de son arrivée, on prescrit un vomitif ; les jours suivants, gargarisme avec borax et miel rosat, toucher avec l'acide chlorhydrique dilué, insuffler une poudre composée avec parties égales de sucre, alun et calomel.

Au bout de cinq jours, la fièvre a disparu ; les fausses membranes, moins nombreuses et moins épaisses, n'existent plus guère que sur les amygdales. Les ganglions sous-maxillaires ont notablement diminué.

Le 8, les fausses membranes ne consistent plus qu'en quelques lambeaux flottants sur l'une et l'autre amygdale, l'isthme du gosier est à peine rouge ; l'engorgement des ganglions sous-maxillaires a presque entièrement disparu, mais la voix est nasonnée, très faible, les boissons ingérées reviennent souvent par le nez sans que la malade ait conscience de leur passage. On constate une paralysie du voile du palais. Les barbes d'une plume, promenées sur la luette, ne produisent aucune sensation, et, portées profondément du côté de l'épiglotte, elles ne provoquent aucune douleur. L'état général est, du reste, très satisfaisant.

On prescrit un gargarisme alumineux seulement.

Le 12, il n'y a plus trace de fausses membranes. L'engorgement ganglionnaire a disparu; la malade va bien, a bon appétit, elle se lève toute la journée; mais le voile du palais est toujours paralysé, la voix ne peut être entendue qu'à une faible distance et est toujours aussi nasonnée. L'expectoration est très difficile.

Cet état de choses persiste jusqu'au 1^{er} août. Ce jour-là, à quatre heures et demie de l'après-midi, la malade, en dinant, est prise tout à coup de suffocation. Je suis appelé presque immédiatement, et je trouve la malade assise sur son lit, non encore deshabillée. Je suis frappé du changement qui s'est opéré dans sa physionomie. Il y a à peine dix minutes que la suffocation a commencé, et déjà la face et les extrémités sont cyanosées. Les lèvres sont violettes, les jambes et les bras froids, le pouls est d'une fréquence extrême (150 pulsations); le cœur bat avec force, le thorax est agité de mouvements convulsifs, les respirations sont au nombre de quarante par minute. A deux travers de doigt environ au-dessous du sternum, un peu à gauche, la malade sent comme un obstacle qui l'empêche de respirer. Interrogée pour savoir si elle n'aurait pas avalé de travers, elle répond n'avoir absolument rien senti. La percussion de la poitrine fait reconnaître une sonorité égale dans tous les points. L'auscultation fait entendre le murmure vésiculaire parfait, quoiqu'un peu plus fort qu'à l'état normal dans tout le poumon droit; mais il n'en est pas de même dans le poumon gauche, où la respiration est nulle. Le larynx n'est pas douloureux, l'auscultation montre qu'il est librement traversé par l'air atmosphérique. L'inspection de la gorge ne peut faire voir nulle part ni rougeur, ni fausses membranes; mais la paralysie du voile du palais persiste. Toutefois, il faut reconnaître que la voix, qui jusque-là était presque complètement éteinte, a repris de la force, et que les paroles de la malade sont entendues à distance.

Quelle est la cause de ces phénomènes effrayants? L'angine est guérie depuis trop longtemps déjà pour qu'on puisse supposer une propagation des fausses membranes dans les bronches. La sonorité parfaite dans tous les points, l'absence de crachats sanguins, fait rejeter toute idée d'apoplexie pulmonaire. Cet obstacle, d'une nature inconnue, siégeant dans un point fixe, l'arrivée des accidents au milieu d'un repas, me font diagnostiquer immédiatement le passage d'un bol alimentaire dans la bronche gauche. La paralysie du

voile du palais, et probablement de la partie inférieure de l'arbre aérien, m'explique que la malade ne se soit pas aperçue qu'elle avait avalé de travers. C'est aussi l'avis de plusieurs de mes collègues, que j'avais été chercher en toute hâte.

Quant au traitement, la position profonde de l'obstacle, le défaut d'obstruction de la trachée et du poulmon droit, nous font repousser de suite la trachéotomie. On fait mettre à la malade la tête en bas pendant quelques instants, et cette position n'ayant été suivie d'aucun résultat avantageux, on lui administre 1^{re}, 50 d'ipéca. Un sinapisme est appliqué sur la région sternale, d'autres aux extrémités inférieures, et ils seront promenés de demi-heure en demi-heure sur les diverses parties du membre; dix ventouses sèches sur le côté gauche, une cuillerée de potion cordiale de temps en temps.

Le vomitif reste près d'un quart d'heure sans provoquer aucun effet, puis deux vomissements copieux se produisent sans apporter de soulagement à la malade. Les sinapismes, retirés au bout d'une demi-heure, ont été sentis, mais n'ont pas occasionné de rubéfaction.

A sept heures, la face de la malade est plus pâle, mais la langue offre une coloration d'un violet très foncé; la douleur n'a pas changé de caractère. Le pouls est plus petit et plus inégal. L'examen de la poitrine donne à peu près le même résultat; seulement, des râles ronflants, muqueux, se font entendre à gauche. La malade fait de vains efforts pour cracher. Un nouveau vomitif lui est administré, il est rendu presque immédiatement.

A sept heures et demie, dans un violent effort d'expiration, elle porte vivement la main à la partie inférieure de son cou, et, après quelques instants, expectore la moitié d'un pruneau recouvert de mucosités. Venait-il des bronches ou avait-il été expulsé de l'estomac par le vomitif pris une demi-heure auparavant? Nous n'avons pu le savoir; mais, immédiatement après, la malade crut que le poids qu'elle ressentait sur la poitrine avait un peu remonté. Toutefois, la dyspnée continue toujours, et aucune amélioration ne se fait sentir; le pouls est plus petit et plus irrégulier.

A huit heures et demie, les râles muqueux et ronflants du poulmon gauche sont devenus plus nombreux et plus bruyants; à droite, on les remarque aussi, mais ils sont moins intenses, et, de

ce côté de la poitrine, le murmure respiratoire est perçu plus faiblement qu'une heure auparavant. L'état général n'a pas changé. Un troisième, puis bientôt un quatrième vomitif, sont administrés sans aucun succès.

A neuf heures et demie la malade est couchée sur le côté gauche, dans un état demi-comateux; on peut à peine lui arracher quelques paroles. Tout son corps est couvert d'une sueur froide, la respiration est notablement ralentie et très irrégulière, les membres sont insensibles. Au poumon droit, le murmure vésiculaire est tellement mélangé de râles de toute sorte, qu'il est devenu presque insensible. Toujours absence de respiration à gauche.

A dix heures et demie, le coma est complet, la respiration brève et saccadée. La malade est complètement insensible à tout ce qui l'entoure. Les membres sont froids, le pouls très irrégulier. Elle s'éteint doucement, sans nouvelle secousse, à onze heures du soir.

Autopsie, le 3 août. — La face est pâle, les extrémités légèrement violacées; la rigidité cadavérique est encore marquée aux bras, moins aux jambes, les veines du cou se dessinent sous la peau. A la pression de la région sous-hyoïdienne, on perçoit une crépitation analogue à celle de l'emphysème; des mucosités sanguinolentes s'échappent par la bouche et par les narines.

L'ouverture de l'abdomen ne présente rien de remarquable, les intestins sont légèrement distendus par les gaz, mais l'estomac est énorme.

Dans tout le tissu cellulaire du cou, sous-cutané ou intermusculaire, existe un emphysème très prononcé; on le retrouve encore à l'ouverture du thorax, dans toute l'étendue du médiastin. Les veines du cou et de la partie antérieure de la poitrine sont gorgées de sang noir.

Dans le péricarde, on trouve à peine une cuillerée de sérosité citrine. Le cœur droit est rempli de sang noir liquide. Le cœur gauche est vide, il n'y a de caillots d'aucun côté.

A la partie postérieure du pharynx se remarquent quelques granulations blanchâtres avec un point noir au centre; elles ne se propagent ni dans le larynx, ni dans l'œsophage.

Les poumons sont distendus, d'une teinte violacée à peu près égale partout, plus notable cependant à la partie postérieure du

poumon gauche, et moins marquée au lobe supérieur du poumon droit, qui est presque entièrement rosé. A leur surface, on remarque surtout du côté gauche, des lignes sinueuses d'emphysème interlobulaire soulevant la plèvre viscérale. Ils sont exempts d'adhérences, excepté à la base du poumon gauche, que quelques tractus fibreux unissent au diaphragme.

L'incision du larynx montre qu'il est parfaitement sain dans toute son étendue. La muqueuse de la trachée est d'un rouge assez foncé, mais sans autre altération. Il en est de même de la bronche droite; mais à gauche, au niveau de la première bifurcation de la bronche, se trouve un morceau de viande cuite, obstruant complètement son calibre, et tellement moulé sur les conduits respiratoires, qu'il se bifurque avec la bronche et se subdivise par trois ou quatre ramuscules bronchiques. La distance du sommet de l'obstacle au point de bifurcation de la trachée est de 45 millimètres. La longueur du morceau de viande prise de son sommet dans la bifurcation supérieure de la bronche est de 5 centimètres; prise dans la bifurcation inférieure, elle est de 42 millimètres seulement. Au niveau des points qu'il occupe, la muqueuse a une coloration grisâtre analogue à la sienne et probablement due à la putréfaction cadavérique. Au-dessous elle est rouge et injectée, le parenchyme pulmonaire crépite sous les doigts dans tous les points des deux poumons; il n'y a aucune extravasation sanguine, aucun noyau apoplectique. Les bronches renferment très peu de mucosités légèrement sanguinolentes.

ABCÈS FROID DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DU COU. — CÉPHALALGIE TRÈS INTENSE. — TUMEUR BLANCHE DE L'ARTICULATION OCCIPITO-ATLOÏDO-AXOÏDIENNE AVEC FOYER PURULENT EN COMMUNICATION AVEC LE QUATRIÈME VENTRICULE, par M. WANNEBROUCQ, interne des hôpitaux.

Montaigu (Alfred), sculpteur, âgé de seize ans, entré à l'hôpital Cochin le 16 mai 1859.

Santé antérieure bonne, sauf quelques légères adénites sous la mâchoire inférieure. Pas d'antécédents syphilitiques appréciables; il a été atteint du charbon à l'âge de dix ans.

Il y a trois mois, début de la maladie qui l'amena à l'hôpital, par une douleur vive à la région céphalique latérale gauche. Le cou devient bientôt douloureux spontanément et à la pression, et ne peut plus ni se fléchir, ni se tourner; il a subi une légère torsion.

Depuis quinze jours les douleurs sont devenues plus vives, en même temps qu'est apparue une tumeur molle à la région cervicale postérieure.

Le 16 mai, jour de l'entrée, on constate : Facies très altéré; attitude de la tête, droite, immobile; quand on engage le malade à la tourner ou à l'incliner, il fléchit ou tourne le tronc tout entier; quand il passe du décubitus à la position assise, ou réciproquement, ce n'est qu'avec de grandes précautions et en tenant sa tête à deux mains. Il ne pouvait, il y a quelque temps, se coucher que sur le dos; il ne peut maintenant le faire que sur le côté, et principalement à gauche. Gêne de la déglutition sans qu'aucune lésion soit appréciable dans la gorge; la salive elle-même n'est avalée qu'avec peine.

Aucune saillie osseuse à la région cervicale, mais un abcès formant tumeur à gauche, au niveau de l'articulation occipito-atloïdienne.

Douleurs extrêmement violentes dans toute la tête, surtout à la région frontale; sommeil interrompu fréquemment chaque fois qu'il se produit le plus léger mouvement de la tête ou du cou.

Le 18, ouverture de l'abcès au bistouri; pus verdâtre mélangé de grumeaux; pas de recherches avec le stylet; cataplasmes.

Le 19. Le malade s'est senti soulagé; il a dormi un peu mieux cette nuit.

Chaque soir mouvement fébrile assez marqué. Il n'y a pas eu de garde-robe depuis cinq jours. (Lavements.)

Le 23. Même état; liniment chloroformé, une pilule d'extrait thébaïque.

Le 28. Les douleurs sont devenues très intenses; grande anxiété du malade. Hier soir, l'émission des urines est devenue impossible, de difficile qu'elle était auparavant, et a nécessité le cathétérisme; quelques fourmillements dans les jambes.

Le 29. Mort en quelques minutes, à huit heures du matin, avec

crix étouffés, dyspnée intense, impossibilité de porter les mains à la tête pour la soutenir.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le crâne étant ouvert, on enlève toute la portion de l'encéphale située au-dessus de la voûte du cervelet. On trouve ensuite dans le quatrième ventricule une collection purulente avec ramollissement de la substance encéphalique circonvoisine. Cette collection communique avec un autre foyer qui siège au niveau de l'atlas, comme le démontrent l'évacuation et l'affaissement de la tumeur siégeant à la partie postérieure du cou, pendant que le pus s'écoule du ventricule cérébelleux.

On constate au niveau des deux premières vertèbres les lésions anatomiques suivantes :

Destruction des insertions ligamenteuses que présente la masse latérale gauche de l'atlas, et destruction des cartilages articulaires de la même masse. Le tissu osseux, mis à nu, est rugueux, très vascularisé, mais non friable ; il indique une ostéite ne remontant pas à une époque bien éloignée. *Pas trace de tubercules dans les os affectés.* Il ne reste plus d'inséré sur cette masse qu'un faible lambeau ligamenteux qu'on peut ramener au contact avec la portion de ligament transverse attachée de l'autre côté.

Destruction des cartilages articulaires de l'apophyse odontoïde et des trois points d'insertion qu'elle donne aux ligaments occipito-odontoidiens.

Déplacement considérable de l'atlas en avant, luxation presque complète de cette vertèbre sur l'axis.

Les ligaments occipito-axoïdiens sont détruits.

Compression de la moelle entre l'apophyse odontoïde et l'arc postérieur de l'atlas, qui laisse dans la substance médullaire une empreinte circulaire très marquée ; ramollissement rougeâtre du tissu de la moelle à ce niveau sans désorganisation profonde. La pie-mère, en ce point et en remontant vers le cervelet, était injectée et baignée de pus.

Décollement par une collection purulente du périoste de la région postérieure gauche de l'occipital ; foyers purulents distincts dans les muscles de la région cervicale postérieure.

Prolongements du foyer principal à la région antérieure jusqu'au niveau de la troisième vertèbre cervicale.

L'ouverture de l'abcès, qui avait été faite le 48, était complètement cicatrisée *intra* et *extra*.

Les poumons ne contenaient pas de tubercules, mais sous la plèvre diaphragmatique du côté droit, il y avait un ganglion de la grosseur d'un œuf de pigeon renfermant de la matière tuberculeuse ramollie. En l'enlevant, on ouvre une collection purulente assez considérable qui avait sa source dans une altération de la douzième côte, cariée dans presque toute sa longueur.

Les vertèbres voisines des deux premières n'avaient subi aucune altération.

M. Bonfils exprime le regret qu'on n'ait pas appliqué depuis longtemps au malade un de ces appareils destinés à supporter le poids de la tête, et qui ont précisément pour résultat d'empêcher la luxation spontanée et la compression brusque du bulbe rachidien.

M. Cruveilhier rappelle, à l'occasion de ce fait, le cas d'une femme hémiplegique de la Salpêtrière, qui tenait toujours sa tête inclinée d'une façon très particulière. On trouva, à l'autopsie, le ligament transverse de l'articulation atloïdo-axoïdienne très lâche et tellement disposé, qu'il y avait une luxation incomplète de l'atlas avec compression de la moitié correspondante de la moelle. C'est là un exemple rare d'hémiplegie due à une compression unilatérale de la partie supérieure de la moelle.

Extrait du rapport de M. LEFORT.

Cette observation nous présente, comme on le voit, un exemple remarquable de cette terminaison redoutable et si rapidement fatale de la tumeur blanche occipito-atloïdo-axoïdienne. Il semble que le malade sente instinctivement le danger qu'il court, car nous le voyons presque toujours soutpir sa tête avec la main au moindre mouvement qu'il exécute, comme s'il sentait qu'un effort exagéré peut déterminer la luxation. Dans ce cas, elle a probablement été produite subitement par un léger mouvement de la tête sur l'oreiller;

il fallait pour cela que l'atlas ne fût plus maintenu à sa place que par de faibles liens ligamenteux : c'est, en effet, ce que démontre l'autopsie. Les ligaments capsulaires et odontoïdiens étaient détruits avec les surfaces osseuses sur lesquelles ils s'implantent. L'atlas et l'axis n'étaient maintenus au contact que par le ligament transverse qui, en se déchirant, permit la luxation. On retrouvait des deux côtés des lambeaux de ce ligament; et l'on pouvait, en les saisissant avec des pinces, les remettre au contact.

Je regrette que M. Wannebroucq ne nous ait pas donné des détails précis sur l'étendue et le mode du déplacement de l'atlas et de l'axis. Il eût été intéressant de savoir si la luxation, comme je le pense, était unilatérale et par rotation, car c'est surtout dans cette espèce que la compression de la moelle est immédiatement portée à son maximum, tandis qu'on a vu plusieurs fois la vie persister avec une luxation complète de l'atlas sur l'axis.

On doit s'étonner, vu la gravité des lésions que l'anatomie pathologique a rencontrées dans cette affection, vu le pronostic très généralement funeste qu'elles comportent, on doit s'étonner que l'attention de la plupart des auteurs classiques de la fin du dernier siècle et du commencement de celui-ci s'en soit détournée presque complètement. En effet, ni Boyer, ni Richerand, ni Dupuytren, n'en ont fait l'objet d'aucune description quelque peu satisfaisante; aucun n'a indiqué ni les symptômes qui révèlent la maladie, ni le traitement qu'il convient de lui opposer. Et pourtant, s'il est vrai que les matériaux se soient multipliés beaucoup dans ces trente dernières années, ils étaient loin de manquer à ces auteurs. De tout temps, quoique cette affection ne soit pas des plus fréquentes, il s'en est offert des exemples capables de fixer l'intérêt des observateurs. Déjà Hippocrate (1) l'avait clairement indiquée; Galien (2) l'a observée plusieurs fois; Aétius recommande divers moyens curatifs à diriger contre elle; la collection des thèses de chirurgie de Haller (3) renferme une observation rapportée par Manchart; J. P. Frank (4) en donne aussi un exemple avec des détails très

(1) *De morb. vulg.*, lib. II, p. 1046, édit. Foes, in-fol.

(2) *Commentar. II in libr. II Epid.*, édit. Chartier, t. IX, p. 145.

(3) *Par II*, p. 366.

(4) *Delect. opusc.*, t. V.

circonstanciés et ne laissant presque rien à désirer sous tous les rapports ; on en trouve encore plusieurs cas dans Reil, dans Richter. Il arriva, en outre, dans bien des circonstances, que si l'on n'avait pu observer la maladie sur le vivant, on avait rencontré sur le cadavre des altérations des premières vertèbres cervicales qui témoignaient de l'existence antécédente d'une tumeur blanche terminée favorablement. Tels sont les cas d'ankylose de la tête avec la première vertèbre cervicale, et de celle-ci avec l'axis, relatés par Bertin (1), par Duverney (2), par Sabatier, (3), par Sandifort (4).

On voit donc qu'il suffisait de rassembler les faits et de les comparer entre eux pour fonder sur des bases déjà solides une œuvre intéressante au point de vue de la science autant qu'utile pour les malades, en faveur desquels aucun traitement rationnel ne pouvait être mis en usage avant que la connaissance exacte des tumeurs blanches occipito-atloïdo-axoïdienne permit de les distinguer d'une foule d'autres affections de la région cervicale d'une nature toute différente.

Cette tâche était réservée à Schupke (5), qui, dans sa dissertation inaugurale en 1816, résuma avec beaucoup de talent les observations que nous avons citées plus haut. Mais son travail ne fut que l'avant-coureur d'un ouvrage très important dû à son maître le professeur Rust (6), qui put avec d'autant plus d'exactitude décrire la maladie, qu'il en avait observé treize exemples. Une dizaine d'années plus tard, de 1827 à 1830, quelques travaux relatifs à cette affection furent publiés par des auteurs de beaucoup de talent, tels qu'Ollivier (d'Angers) (7), A. Bérard (8), qui en fit le

(1) *Traité d'ostéol.*, etc. Paris, 1754, in-12, 4 vol.

(2) *Traité des maladies des os*, t. II. Paris, 1755, in-12.

(3) *Traité complet d'anatomie*. Paris, 1777, in-12, 3 volumes.

(4) *Mus. anat.* Leyde, 1773, grand in-folio.

(5) *De luxatione spontanea atlantis et epistrophei* (dissert. inaug.). Berlin, 1816, in-4° avec une planche.

(6) *Arthrokakologie*, etc. Vienne, 1817, in-4°, dont extrait dans les *Archives*, t. XIX, p. 571.

(7) *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*, 1827, t. I, p. 334. — *Observations et réflexions sur les luxations spontanées*, etc. (*Archives*, 1830, t. XXVI, p. 520). — *Dictionnaire* en 30 volumes, art. ATLAS.

(8) *De la luxation spontanée de l'occipital*, etc. Thèses, 1829, n° 28.

sujet de sa thèse inaugurale ; Gros, dont la thèse inaugurale (1829) renferme plusieurs observations intéressantes. La science s'enrichit dès lors successivement des observations nombreuses recueillies par M. Bouillaud (1), par Delpech (2), par Martin-Solon (3), et par plusieurs auteurs étrangers.

Dans ces dernières années, l'ouvrage de Bonnet (de Lyon) en donna une histoire très exacte et fort complète, et des observations isolées et intéressantes à divers points de vue furent publiées par M. J. Cloquet, par M. Sédillot (4). Les auteurs ont généralement divisé les phénomènes présentés par la tumeur blanche des premières vertèbres cervicales en trois périodes : la première, principalement caractérisée par les douleurs vers la nuque, un peu de roideur du cou et de gêne de la déglutition ; la deuxième par l'exagération des symptômes précédents, l'immobilité, généralement avec déviation dans un sens ou dans l'autre, de la tête, dans une attitude qui devient permanente ; la troisième période, par la formation d'abcès se montrant au cou et dans le pharynx, la tuméfaction des vertèbres malades, etc. Ce tableau de la maladie avait été pour la première fois tracé par Rust ; mais déjà Bérard, tout en conservant ce cadre, avait fait remarquer combien le fond était variable suivant les cas, combien la marche de la maladie était loin d'être aussi régulière et aussi méthodique que celle qu'on lui trace dans les auteurs.

L'observation de M. Wannebroucq démontre avec quelle juste raison ces réserves doivent être faites. On aurait tort de s'attendre à voir les symptômes prendre degré par degré une intensité en rapport avec la gravité des lésions. Nous voyons, en effet, que sans tuméfaction aucune des vertèbres malades, avec un abcès peu volumineux, sans déviation bien notable, les lésions peuvent avoir fait de tels progrès, qu'au moment même où l'on aurait pu légitimement croire à une période peu avancée de la maladie, la termi-

(1) *Observat. de phlegmasie et de carie des vert. cerv., etc. (Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales, t. I, p. 97).*

(2) *De l'orthomorphie par rapport à l'espèce humaine, t. I, p. 246.*

(3) *Observations d'arthrites des premières vertèbres, etc. (Archives, t. XXIV, p. 335).*

(4) *Gazette médicale, 1838, p. 622.*

raison fatale se trouvait être imminente. Les ligaments peuvent être complètement détruits sans que les os aient subi, soit une augmentation de volume, soit une perte de substance appréciable. En un mot, la gravité des lésions profondes et l'imminence du danger n'ont pas de signes palpables qui puissent les faire reconnaître avec certitude, et il importe que le pronostic soit très réservé, même à une époque rapprochée du début.

Cette observation n'est pas seulement importante sous ce dernier point de vue ; elle ne se contente pas de nous avertir que la luxation de l'atlas sur l'axis peut survenir spontanément au moment où rien encore ne la faisait pressentir ; elle nous révèle une lésion qui n'a encore été signalée dans aucun des cas nombreux que nous avons recherchés. Je veux parler de ce foyer purulent que renfermait le quatrième ventricule, et dont la communication avec l'abcès formé au niveau de la partie altérée du rachis est nettement démontrée par la manière prudente avec laquelle on a procédé à l'autopsie.

On a bien, dans certains cas, vu le pus fuser le long de la colonne vertébrale, entre le ligament postérieur et la dure-mère ; on l'a vu même perforer celle-ci et remplir plus ou moins la cavité de l'arachnoïde ; on a pu observer la propagation de la méningite rachidienne et de la myélite à l'encéphale, et retrouver à l'autopsie l'injection de la pie-mère, le ramollissement de la substance grise, etc. ; mais nulle part il n'est dit que le pus du foyer primitif avait envahi les centres encéphaliques et s'était ouvert un chemin dans le quatrième ventricule. C'est très probablement par les gaines que l'arachnoïde fournit aux nerfs émanés du bulbe rachidien, que le pus aura cheminé et sera arrivé presque sans obstacle, conduit par des canaux tout disposés à cet effet jusque sur le plancher de ce ventricule. Quoi qu'il en soit, le fait est trop rare et trop important pour ne pas être enregistré avec soin.

Remarquons encore en passant que l'opinion de Rust, si formelle sur la plus grande fréquence des altérations du côté gauche, se trouve une fois de plus confirmée, car l'autopsie n'a démontré dans ce cas aucune altération de la masse latérale droite de l'atlas.

On pourrait s'étonner que l'autopsie seule ait ici révélé une lésion très avancée de la douzième côte, qui se trouvait cariée dans toute

son étendue et avait fourni un abcès par congestion assez considérable, siégeant dans la plèvre diaphragmatique; mais ce n'est pas un fait isolé. Martin-Solon, dans une observation publiée aux *Archives* (1830, t. XXIV, p. 342), rapporte qu'il rencontra, à l'autopsie, deux côtes cariées avec abcès dans la cavité thoracique, sans qu'aucun symptôme eût jamais fait soupçonner ces lésions pendant la vie.

XXXIV^e ANNÉE. — AOÛT 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Céphalématome extra et intra-crânien. — 2. Calculs vésicaux à facettes articulaires. — 3. Rétrécissements cicatriciels multiples du jéjuno-iléon. — 4. Rétrécissement du cardia. — 5. Hernie ombilicale étranglée. — 6. Kyste hydatique du rein. — 7. Hernie inguinale étranglée. — 8. Kyste de l'ovaire.

OBSERVATIONS. — Kyste sanguin de l'ovaire gauche, par M. Témoin.

Tumeurs en bissac comprimant la partie supérieure de la région cervicale de la moelle, par M. Gérin-Rose.

Examen de cette tumeur, par M. Luys.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Michou présente un *céphalématome extra et intra-crânien* qu'il a trouvé sur le crâne d'un enfant qui est entré à l'hôpital le 20 juillet, et qui est mort le 8 août, à la suite d'un ictère.

Le pariétal droit de cet enfant est le siège d'un *céphalématome extra et intra-crânien*. Tous les signes du *céphalématome* ont été constatés : fluctuation évidente ; bourrelet osseux qui n'est pas complet et qui existe à la partie postéro-inférieure de la tumeur. Ce bourrelet osseux, disséqué avec soin, laisse voir une fracture. A la face interne de l'os, au fond de la collection sanguine, lorsque les caillots sanguins ont été enlevés et qu'on a soumis à l'irrigation l'os mis à découvert, on aperçoit que la table interne est rugueuse, comme érodée. A l'extérieur, il n'y a pas de rugosités, mais il existe une injection très considérable des canalicules osseux.

M. Dolbeau ne trouve pas de cercle osseux ; il ajoute que la cause des *céphalématomes* est due, suivant quelques auteurs, à la compression du col sur les parois crâniennes. Dans le cas présent, ce serait, suivant lui, la fracture qui aurait produit cette double tumeur sanguine.

M. Charrier fait observer que la compression par le col ne peut être invoquée comme cause de ces tumeurs. En effet, très souvent dans les cas où les enfants sont nés avec des céphalématomes, la rupture de la poche des eaux n'a eu lieu que lorsque la dilatation était complète, c'est-à-dire quand le col était complètement effacé et l'orifice entièrement dilaté. On ne peut donc admettre la compression comme cause.

Le pointillé que l'on a remarqué sur la table externe de l'os est la loi commune. C'est une espèce de phénomène d'imbibition.

M. Dolbeau se demande si ce n'est pas la fracture qui serait la cause de ces deux tumeurs, et si ce ne serait pas l'effet d'un traumatisme dans le sein de la mère. Il regrette que les renseignements ne soient pas explicites à cet égard.

M. Témoin dit que le céphalématome doit être ancien ; car s'il était récent, il n'y aurait pas de rugosités.

M. Axenfeld dépose un pli cacheté, qui est accepté par M. le président et déposé dans les archives de la Société.

2. M. Dolbeau présente à la Société deux calculs à facettes articulaires qu'il a retirés de la vessie de M. Reynaud, docteur en médecine dans le département de la Charente.

M. Reynaud souffrait depuis quatre ans et avait consulté plusieurs confrères de son département, qui n'avaient pas constaté la présence du calcul. Petit à petit ses forces diminuant et l'émaciation faisant des progrès rapides, il se décida à venir à Paris et à consulter. M. Civiale l'examina, et déclara qu'on ne pourrait pas le débarrasser par la lithotritie.

M. Nélaton fut d'avis de pratiquer la taille, quoiqu'il pensât que l'opération ne serait pas suivie de succès, à cause de l'état général du malade. Cependant, comme c'était la seule ressource, l'opération fut décidée et pratiquée par M. Dolbeau, en présence de MM. Civiale, Nélaton et de deux autres confrères.

M. Dolbeau donna la préférence au procédé de M. Nélaton, à la taille prérectale, que l'on a confondue trop souvent avec la taille bilatérale de Dupuytren. La taille prérectale est très différente de

la taille bilatérale : l'incision se fait près du rectum, puis on dissèque l'intestin avec grande attention, en ayant préalablement fait introduire le doigt d'un aide dans le rectum pour l'éloigner du bistouri et le rapprocher, autant que faire se peut, de la partie postérieure du bassin et de la face antérieure du sacrum. On décolle ainsi l'intestin pour laisser le bulbe recouvert du muscle bulbo-caverneux; on évite la prostate, et l'on ouvre la vessie dans le voisinage du col.

La dissection est facile, sans hémorrhagie, tandis que, dans la taille ordinaire, on incise le tissu spongieux de l'urèthre plus ou moins largement, ce qui cause souvent une perte de sang plus ou moins considérable, et ultérieurement une phlébite et une infection purulente.

Notre confrère s'est éteint sans accidents, sans fièvre, sans frissons, comme souvent cela arrive à la suite des opérations, quand le malade souffre depuis longtemps et ne peut plus réagir.

M. Caudmont demande si l'autopsie a été faite et si l'on a examiné les reins, car il est à peu près convaincu que, dans le cas présent, il y avait une maladie du rein. La maladie du rein est extrêmement fréquente, beaucoup plus qu'on ne l'a dit, et c'est ce qui fait que la lithotritie et la taille ne réussissent pas dans un certain nombre de cas. A cette altération du rein se joint aussi une prostate volumineuse.

M. Dolbeau répond que l'autopsie n'a pas été pratiquée, mais que l'attention a été appelée sur l'état des reins. L'urine qui coulait par la plaie était acide. Puis il demande à M. Caudmont s'il croit qu'il peut y avoir néphrite sans douleur et sans fièvre.

M. Caudmont a vu des malades chez lesquels il n'y avait pas de douleur ni à la palpation, ni à la percussion, ni à la pression. Il a vu aussi beaucoup d'affections rénales dans lesquelles l'urine était acide, et ce n'est que dans le cas de putulence abondante que l'alcalinité de l'urine est observée.

M. Dolbeau demande à M. Caudmont s'il croit que la néphrite existe sans réaction générale et sans changement dans les urines.

M. Caudmont insiste sur ce point, qu'il faut que l'autopsie soit

faite pour pouvoir affirmer l'absence de lésions rénales, car même la diminution de la quantité de l'urine n'apparaît que dans la dernière période; quelquefois la quantité est la même, et c'est un signe sur lequel on ne peut pas s'appuyer.

Il termine en disant que presque toujours, dans les cas semblables à celui que vient d'observer M. Dolbeau, il y a une altération rénale.

M. Dolbeau persiste à trouver extraordinaire que, dans les maladies du rein qui font mourir, il n'y ait pas de retentissement sur l'état général.

M. Verneuil prend la parole à propos du malade de M. Dolbeau, et dit que presque tous les malades qui sont dans cet état succombent, et que très souvent le rein est malade.

Le pronostic est presque fatal; mais cependant il ne faut pas rejeter la taille, car c'est la seule ressource qui reste.

Il y a quelques mois, il fut appelé en province par M. Ducluzeau, un ancien membre de la Société, pour tailler un malade dans les mêmes conditions que celui de M. Dolbeau. L'opération fut difficile, et c'est pour cela qu'il veut appeler l'attention de la Société sur deux points qui lui ont semblé importants.

D'abord, le gonflement énorme de la prostate, qui rend alors l'opération difficile, et surtout qui élève la vessie et rend son bas-fond difficile à atteindre. Il enfonçait tout son doigt dans l'incision, et il touchait à peine à la vessie. La lame entière du bistouri boutoné se perdait dans les tissus. Quand il eut introduit les tenettes, comme les tissus n'étaient pas élastiques, il eut les peines les plus grandes pour saisir le calcul.

Puis le calcul était hérissé d'espèces d'aspérités, au nombre de vingt à peu près; il ressemblait à une grosse châtaigne recouverte de son enveloppe. Aussi les difficultés furent très grandes, et pour l'atteindre, et pour l'extraire. Le malade était fébricitant. Il exposa le danger à la famille. Vers le troisième jour à partir de l'opération, le malade tomba dans un état d'affaissement tranquille et s'éteignit au bout de vingt-quatre heures.

Cette mort par extinction est très commune, et l'on ne sait vraiment pas à quoi les malades succombent.

M. Dolbeau a fait trois tailles, et jamais il n'a pu sentir le calcul avec le doigt.

M. Verneuil a, lui aussi, fait trois tailles, et il a pu, dans les trois cas, l'atteindre.

3. M. Lancereau appelle l'attention de la Société sur des *rétrécissements cicatriciels multiples du jéjuno-iléon*. Cette pièce lui a été donnée par M. Goupil, remplaçant M. Barth à l'Hôtel-Dieu.

Ces altérations furent trouvées chez un garçon d'une taille ordinaire, d'une santé délicate. Adonné à la masturbation dès son enfance, il essaya néanmoins de voir des femmes, et, dès l'âge de quinze à seize ans, il avait contracté un chancre avec bubon suppuré. Depuis cette époque, il continua ses excès vénériens; il fut soumis à des privations; sa position, dans ces derniers temps surtout, était fort malheureuse. Il n'a jamais fait de maladie grave; il n'a jamais eu de fièvre typhoïde, et ne paraît pas avoir eu de manifestations de syphilis constitutionnelle. Depuis deux ans surtout, sa santé s'altère de plus en plus; il s'amaigrit, et, au moment de son entrée à l'hôpital, il a toutes les apparences d'un individu dans un état de cachexie avancée : maigreur extrême, teint jaunâtre de la peau et des muqueuses, œdème des extrémités inférieures.

Il accuse un malaise général, quelques douleurs dans le ventre, des vomissements, un appétit parfois nul, d'autres fois vorace; des alternatives de diarrhée et de constipation. Ces phénomènes ne sont pas continus, ils n'existent qu'autant que l'intestin est rempli de matières, et souvent, à la suite d'une débâcle, le malade se trouve bien pendant plusieurs jours. En outre, le ventre est assez irrégulièrement ballonné; la partie supérieure est surtout développée, et la percussion démontre clairement qu'il existe une dilatation de l'estomac. Cette distension gazeuse de la partie supérieure du tube digestif fit penser à M. Goupil qu'il pouvait bien y avoir chez ce malade un obstacle au cours des matières intestinales; il ne voulut pas toutefois se prononcer sur la nature de l'obstacle.

Ce malade, qui, durant son séjour, eut à plusieurs reprises des vomissements aqueux et alimentaires, des alternatives de diarrhée

et de constipation, conserve néanmoins un appétit vorace jusqu'aux derniers moments. Il mourut d'épuisement, trois semaines après son entrée.

À l'autopsie, tous les organes sont sains, à part l'estomac, qui est dilaté, sans altération de ses parois, et l'intestin grêle, qui présente plusieurs rétrécissements cicatriciels, avec épaissement général des tuniques et dilatation immédiatement au-dessus des points rétrécis. Chacun des rétrécissements occupe toute la circonférence interne de l'intestin. Il est facile, lorsqu'on examine la masse intestinale, d'en voir le siège, qui se trouve marqué par une dépression circulaire avec coloration noire.

À la surface interne, chacun des rétrécissements présente la même coloration, qui tranche sur celle de la muqueuse d'un gris ardoisé. Malgré cette teinte toute particulière, il est facile de voir au niveau des parties rétrécies, à l'aspect lisse et brillant de la surface interne de l'intestin, qu'il existe en ce point un tissu de cicatrice. L'examen microscopique n'y découvre aucune cellule épithéliale; mais il y fait voir des fibres de tissu cellulaire et élastique, et quelques gouttelettes graisseuses. Trois de ces rétrécissements, et principalement le supérieur, présentent, en outre, des ulcérations non complètement cicatrisées; quelques-unes d'entre elles sont assez profondes pour ne laisser intacte que la tunique péritonéale, considérablement épaissie.

Le rétrécissement le plus élevé se trouve à 4^m,60 de la valvule iléo-cæcale; il a de 3 1/2 à 4 centimètres de circonférence interne; la portion d'intestin qui se trouve au-dessus forme une large ampoule renfermant d'énormes morceaux de tendons et de chair musculaire non encore digérés. Au-dessous, l'intestin reprend à peu près son diamètre normal; sa muqueuse est fort épaissie, rugueuse et d'une coloration grisâtre. À 70 centimètres environ de la valvule, se rencontre un second rétrécissement possédant, à peu de chose près, tous les caractères du précédent; puis, à 30 centimètres, on en trouve un troisième lisse et régulier, non ulcéré. Enfin, entre ce dernier et la valvule iléo-cæcale, on en trouve encore trois autres présentant à peine quelques ulcérations, mais tous occupant la circonférence entière de l'intestin.

Le gros intestin n'est pas malade; les ganglions mésentériques ne sont pas engorgés.

Les poumons ont été examinés avec soin : ils étaient complètement intacts de toute trace de tubercules.

Ce ne fut pas le premier cas qui se présentait à l'observation de M. Goupil : un second malade, également mort dans son service, était une femme veuve, âgée de quarante-cinq ans, journalière. Elle entra le 6 juin et mourut le 3 août. Comme le précédent, elle était depuis longtemps en proie à une misère profonde; elle n'avait jamais eu de fièvre typhoïde.

À l'autopsie, on ne trouva pas de tubercules dans les poumons. Elle n'avait jamais été atteinte de syphilis. Les lésions intestinales m'ont paru en tout semblables à celles que nous venons de décrire. La forme circulaire était aussi nette.

Aussi M. Goupil avait-il, dans ce second cas, diagnostiqué une entérite ulcéreuse avec rétrécissements cicatriciels, éclairé qu'il était par l'examen cadavérique du malade précédent.

On aurait peut-être pu, pour le premier cas, penser à une fièvre typhoïde comme étiologie des ulcérations.

M. Cruveilhier fait voir la forme circulaire de la cicatrice, ce qui exclut, selon lui, toute idée de fièvre typhoïde.

M. Resnier est du même avis. Cet homme avait été soumis à de grandes privations et faisait en même temps abus de liqueurs alcooliques. Aussi pense-t-il que l'on a sous les yeux une entérite ulcéreuse datant de deux ans. La syphilis, selon lui, ne peut pas être invoquée comme cause, car il n'existe rien de précis.

Les symptômes étaient la description classique du cancer; seulement, pas de vomissements noirs.

M. Barth demande si les ulcérations étaient sur les follicules agminés ou dans l'intervalle.

Ici c'était bien une entérite ulcéreuse, et non pas une fièvre typhoïde.

Cette dernière maladie est très fréquente, ses ulcérations nombreuses, et combien peu voit-on de rétrécissements.

Au reste, c'est une prévoyance de la nature : les ulcères typhiques se cicatrisent à plat, sans rétraction de tissu.

M. Barth a déposé au musée Dupuytren une série de pièces qui montrent la cicatrisation des ulcères typhiques à tous les degrés.

L'entérite et la gastrite sont un peu oubliées ; peut-être est-ce un tort. C'est, du reste, la tendance de l'esprit humain : il s'engoue aujourd'hui d'une chose qu'il abandonne demain. Il fut un temps où l'on ne voyait que gastrites et gastro-entérites ; maintenant on n'en voit plus. C'est la suite du mouvement des idées : on se perd par les excès en sens contraire. Cependant l'entérite et la gastrite existent ; il faut en tenir compte.

4. M. Siredey communique à la Société un *rétrécissement du cardia*. — Un homme âgé de soixante-huit ans, journalier, est entré dans le service de M. Aran ; il est malade depuis deux mois surtout. Sa famille ne présente, d'après son dire, aucune maladie héréditaire. Six mois auparavant son entrée à l'hôpital, il sentait des douleurs à l'appendice xiphoïde ; puis les aliments s'arrêtaient, et il vomissait.

L'abdomen semblait divisé en deux poches séparées par une scissure transversale. Les hypochondres étaient sonores.

En présence de ces symptômes, M. Aran diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia ; puis, à cause de la forme bilobée du ventre, M. Aran put penser qu'un rétrécissement existait aussi au pylore. En outre, ce malade portait deux tumeurs dans les bourses ; elles étaient non transparentes : on crut à une double hydrocèle.

Sur ces entrefaites, une ascite survint, puis une parotide. M. Aran pensa que c'était un phénomène ultime, et cependant le malade guérit de cette dernière complication ; mais, trois semaines après, il succomba à la suite d'une diarrhée colliquative.

Il était nécessaire d'entrer dans ces détails pour pouvoir contrôler le diagnostic, et voir à quelles altérations cadavériques répondaient les symptômes observés pendant la vie.

Voici ce que l'examen nécropsique démontra : 5 à 6 litres de sérosité dans l'épiploon gastro-hépatique. Cet épanchement avait pour point de départ une oblitération de la veine porte.

Loin d'être augmentée, la capacité de l'estomac était diminuée, et cela s'explique, puisqu'il n'y avait point de rétrécissement pylorique.

Mais il existait un rétrécissement cardiaque prononcé ; une induration considérable entourait complètement l'orifice supérieur de l'estomac, et la lumière de cet orifice ne laissait passer qu'un crayon ordinaire. Chose remarquable, il n'y avait pas de dilatation œsophagienne, ce qui est contre la loi commune, qui veut qu'il y ait toujours une dilatation au-dessus d'une coarctation.

Le poids de la tumeur scrotale était de 4600 grammes. Le liquide était comme de la lie de vin et ressemblait à ce que l'on trouve dans un vieil anévrysme. D'un côté et de l'autre on trouvait un liquide transparent qui contenait des flocons de cholestérine.

Dans la cavité pelvienne on voyait les traces d'une vieille péri-tonite ; puis, en disséquant avec soin, M. Siredey est arrivé jusqu'aux vésicules séminales, qu'il a trouvées dures et hypertrophiées. Aussi est-il porté à croire que l'on a affaire à un cancer multiple.

5. M. Raynaud montre une *hernie ombilicale étranglée*. — Samedi dernier, 20 août 1859, est entrée à l'hôpital des Cliniques une femme de soixante-quatre ans, très obèse, qui était affectée d'une hernie ombilicale depuis trois ans. Cette hernie s'était étranglée depuis quatre jours. M. Richard, remplaçant M. Nélaton, arrive à quatre heures du soir. Il fait une incision cruciale sur la tumeur, introduit le doigt dans la plaie et tâche de réduire les parties herniées. Ses efforts sont infructueux ; il fait un débridement multiple, et la hernie ne peut pas être rentrée dans l'abdomen. Quelques heures après, la femme succombe.

Ce qui surprend M. Raynaud, c'est qu'à l'autopsie cette hernie est facilement réductible. La plus légère traction a suffi pour faire rentrer les parties herniées. La hernie était formée par une anse de l'intestin grêle, à 4^m,50 au-dessus du cæcum. Donc, si l'on avait pu établir une fistule ombilicale, la nutrition intestinale eût été possible. L'intestin est gangrené, et il se détache facilement du reste du conduit ; on voit dans cette portion d'intestin quelques coups de bistouri, et une ligature qui avait été faite entre l'intestin et la plaie dans le but d'obtenir une fistule.

Le côlon transverse passait au-devant de l'épiploon.

Le sac fut disséqué avec grand soin, et l'on put isoler facilement

les couches suivantes : 1° la peau ; 2° le tissu adipeux ; 3° les muscles et leur aponévrose ; 4° le *fascia transversalis* ; 5° le péritoine.

Quelques auteurs ont prétendu que la hernie ombilicale n'avait pas de sac. Le cas présent donne un démenti à cette assertion, car, ici, le sac est évident. On a prétendu aussi que ce n'était pas par l'anneau ombilical, mais par une éraillure de la ligne blanche en dehors de l'anneau, que se faisait la hernie.

Là encore il y a une exception, puisque c'est bien par l'anneau que s'est produite la hernie. La tumeur herniée était en grande partie formée par l'épiploon, et le collet du sac se voit manifestement au niveau de l'anneau.

On peut donc croire que c'est une bride épiploïque qui a été la cause et l'agent de l'étranglement.

6. M. Raynaud présente une deuxième pièce : c'est un *kyste hydatique du rein*. — Il y a quatre mois environ, vers la fin de mai, une jeune fille de dix-sept ans est entrée dans le service de M. Nélaton. Elle était accouchée, et, après l'accouchement, une tumeur située dans l'hypochondre gauche ne s'était pas effacée. Le médecin qui lui avait donné ses soins pendant sa couche avait cru à une tumeur ayant son siège, soit dans l'utérus, soit dans l'ovaire ; il dut bientôt renoncer à cette supposition. Elle entra donc à l'hôpital. M. Nélaton l'examina avec le plus grand soin et ne sentit pas tout de suite la fluctuation. Ce ne fut que le 27 mai qu'ayant perçu nettement la fluctuation, il fit une ponction exploratrice avec un trocart de trousse : un liquide parfaitement limpide, ne donnant aucune réaction ni par la chaleur ni par l'acide azotique, ne contenant pas, par conséquent, d'albumine, sortit de la plaie.

C'était donc à un kyste hydatique que l'on avait affaire. Mais quel était son siège ? L'utérus et l'ovaire devaient être exclus, puisque la tumeur était très haut dans l'hypochondre gauche et que l'organe gestateur était complètement revenu sur lui-même.

Par voie d'exclusion, M. Nélaton diagnostiqua un kyste hydatique de la rate, les urines ayant été étudiées avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, et aucun phénomène pathologique n'ayant pu être constaté de ce côté.

Une ponction fut faite par la méthode de Récamier. Après plusieurs cautérisations successives pour déterminer l'adhérence de la paroi abdominale avec le kyste, et après avoir incisé l'eschare, il sortit encore, chose remarquable, un liquide limpide, parfaitement semblable au premier, et sans trace d'albumine. Ce fait infirmerait les assertions de M. Moissenet, qui prétend qu'un travail adhésif se produit dans le kyste même après la première ponction, et que la résorption par les parois du kyste a lieu. Trois semaines après la première ponction, aucun travail ne s'était déclaré, puisque le liquide était aussi clair que la première fois à la deuxième ponction. On pouvait donc aussi en conclure que les hydatides vivaient encore.

Après la ponction, une sonde fut introduite, puis une corde à boyau ; mais, à la suite d'un pansement, la corde à boyau ne put pas être réintroduite, et l'on se borna à l'expectation, dans l'espoir que la nature ferait le reste.

Trois semaines après, une péritonite suraiguë se déclara ; elle dura six semaines. Sangsues, vésicatoires, furent appliqués, et l'on ne fit rien à la tumeur, qui restait toujours dans l'hypochondre gauche.

Il y a un mois environ, une tumeur apparut de l'autre côté, et, au niveau de l'ombilic, il se fit une ouverture qui resta fistuleuse et qui laissa échapper du pus parfaitement lié. Il était évident que l'on avait affaire à une péritonite enkystée et dont le contenu, après avoir fusé dans l'hypochondre droit, s'était ouvert ensuite près de l'ombilic.

L'état de la malade empirait ; l'émaciation progressait rapidement ; la tumeur splénique restait toujours la même. M. Nélaton fit une troisième ponction au niveau de l'ombilic : environ 2 litres de pus crémeux s'écoulèrent, et, au bout d'une demi-heure, une hydatide flétrie sortit par la canule que l'on avait introduite.

MM. Péan et Raynaud firent pendant deux heures des tentatives pour retirer les hydatides. Leurs efforts étant infructueux, ils eurent l'idée d'envoyer chercher la pompe à double courant de M. Mathieu, foulante d'un côté et aspirante de l'autre, et, après avoir injecté beaucoup d'eau tiède, ils retirèrent un demi-litre d'hydatides flétries. Une injection iodée fut pratiquée.

La malade mourut lentement, sans accidents nouveaux.

A l'autopsie, on trouva la rate parfaitement saine, et le kyste était dans le rein gauche, dans l'épaisseur des bassinets. Aucun symptôme pendant la vie n'avait pu être apprécié du côté des urines; le diagnostic était donc à peu près impossible.

Du pus s'était écoulé par les garde-robes, et, en effet, on voit trois ou quatre perforations intestinales.

Les traces de la péritonite sont très visibles, et l'on distingue très bien l'endroit où la péritonite avait formé des-adhéhérences et une poche qui contenait du pus, et qui se prolongeait du côté droit.

De tous les incidents de cette intéressante observation, M. Raynaud tire les trois conclusions suivantes :

1° Aucun symptôme n'ayant été observé du côté du rein, le diagnostic était donc impossible ;

2° La limpidité du liquide, après la deuxième ponction, prouve que le travail adhésif ne se fait pas nécessairement, fatalement, dans un kyste hydatique après une première ponction, comme l'a écrit M. le docteur Moissenet ;

3° Il aurait fallu employer, après la deuxième ponction, la pompe à double courant pour vider entièrement le kyste, et, à cette époque, on aurait peut-être évité la péritonite et, par conséquent, sauvé la malade si cette opération avait été faite.

7. M. Dujardin-Beaumet présente une pièce qu'il a recueillie dans le service de M. Velpeau, à la Charité : c'est une *hernie inguinale étranglée* chez un jeune homme de dix-neuf ans. — M. Manec, en incisant, trouva un petit cordon qu'il prit pour l'appendice cæcal, puis il abandonna cette idée, et les élèves qui assistaient M. Manec crurent que c'était le cordon spermatique ou une veine.

Quand on disséqua la tumeur après la mort, qui survint sans péritonite et à la suite d'une cyanose considérable, quarante-huit heures après l'opération, on trouva l'appendice cæcal, le sac, une portion d'intestin étranglée et derrière le cordon sain.

Le malade avait dit qu'il avait cette hernie depuis l'âge de huit ans. Y avait-il seulement une hernie cæcale, puis, à la suite d'un effort violent, une deuxième hernie, qui s'est ensuite étranglée ? Cette dernière opinion est assez probable.

S. M. Gérin-Roze présente un *kyste de l'ovaire*. — La femme atteinte de cette affection était depuis deux ans dans le service : elle y était entrée pour une tumeur abdominale. Un kyste ovarique fut diagnostiqué, et une ponction fut faite : un liquide séreux, citrin, s'écoula; la tumeur s'affaissa peu, le kyste était donc multiloculaire. On laissa la malade tranquille, lorsque, il y a à peu près quinze jours, elle succomba à une entérite.

A l'autopsie, on voit un kyste multiloculaire; la trompe droite est confondue avec un tissu induré et disparaissait au bout de 2 à 3 centimètres. L'ovaire n'a pas pu être retrouvé; il est probable que la tumeur s'est développée aux dépens de cet organe, et, dans son parenchyme, les parois kystiques étaient tapissées de concrétions pierreuses.

A gauche, le canal de la trompe était oblitéré, l'ovaire flétri et renfermant un petit kyste; les parois étaient semblables à celles du côté opposé.

L'intestin est altéré. Il n'y avait pas de dysenterie; le liquide rendu était très fétide.

KYTE SANGUIN DE L'OVAIRE. — GROSSESSE A TERME. — ACCOUCHEMENT NATUREL. — MÉTRO-PÉRITONITE. — MORT; — par M. TÉMOIN.

La nommée Bourbon, âgée de trente-deux ans, polisseuse, entre à la Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 3, le 28 juillet, accouche le 4^{er} août.

Il n'y a rien de particulier à noter dans les antécédents de cette femme : sa santé a toujours été très bonne; elle a eu huit enfants sans aucun accident. Elle était bien réglée, et elle vit ses règles le 6 décembre 1858 pour la dernière fois.

Ses règles ne durèrent qu'un jour et furent subitement arrêtées à la suite d'une grande frayeur : elle avait vu un homme tomber d'un quatrième étage.

Dès le lendemain, elle ressentit des douleurs dans les lombes et dans le ventre, douleurs sourdes, mais continues : pesanteurs sur le siège; puis, peu de temps après, elle remarqua la présence d'une tumeur dans le ventre, tumeur située à droite, à la partie

inférieure de l'abdomen. Cette tumeur s'accrut assez rapidement, et, deux ou trois mois après le début, elle consulta un médecin. Mais comme depuis ce temps elle n'avait pas vu ses règles et qu'elle croyait être enceinte, le médecin ne fit rien et lui conseilla d'attendre la fin de la grossesse présumée. L'utérus se développa bientôt à côté de la tumeur, et la malade resta ainsi jusqu'au 28 juillet, époque à laquelle elle vint à la Maternité. Elle entra à la salle Sainte-Claire, se plaignant de douleurs assez vives dans le côté droit du ventre, et avec de la constipation depuis trois jours et sans fièvre.

A ce moment, le ventre de la malade était très volumineux et divisé en deux parties par un sillon très marqué, oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Dans la partie droite, on constatait facilement une tumeur très volumineuse, remontant jusqu'au-dessus du pubis, dépassant un peu la ligne médiane en haut et un peu moins large en bas. Cette tumeur était arrondie supérieurement, mate dans tous les points et manifestement fluctuante, limitée supérieurement par une portion d'intestin sonore.

À gauche, on trouvait une autre tumeur s'élevant à peu près à la même hauteur; mate également, non fluctuante, formée par l'utérus, à travers les parois duquel on sentait les mouvements du fœtus et on entendait les bruits du cœur bien distincts.

Par le toucher, on trouvait le col de l'utérus un peu long, placé sur la ligne médiane, ouvert et permettant de constater une présentation du sommet. La grossesse fut diagnostiquée de huit mois à huit mois et demi.

Les deux tumeurs restaient parfaitement dans les mêmes rapports, quelle que fût la position de la malade; la tumeur droite fut diagnostiquée tumeur de l'ovaire.

La tumeur était parfaitement indolore. On combattit la constipation par des lavements, des purgatifs, d'abord sans résultats, puis lavement avec huile de croton, une goutte, suivi d'une selle, ce qui diminua un peu les douleurs, qui persistèrent néanmoins.

Le 1^{er} août, la femme accoucha naturellement d'un enfant vivant.

Le 3 août, cette femme est entrée à l'infirmerie, se plaignant de douleurs extrêmement vives dans tout le côté droit du ventre.

La pression sur le ventre ne les augmente pas ; le pouls est calme, régulier, peu fréquent, la peau normale ; pas de vomissements, pas de nausées.

Le ventre a une forme régulièrement arrondie ; on trouve de la matité dans tous les points, excepté en haut, dans une direction transversale d'un hypochondre à l'autre, et à gauche de l'hypochondre gauche à la fosse iliaque ; dans tous ces points, on perçoit, au contraire, de la sonorité.

Cataplasmes ; onguent mercuriel belladonné ; lavements émollients ; limonade, deux pots.

Une heure après la visite, les douleurs ont été calmées. La journée a été assez bonne ; la malade a dormi un peu. Le soir, on trouve un léger mouvement fébrile ; pas de frissons, mais le pouls est un peu fréquent, la peau chaude ; la malade n'a pas uriné.

4 août. La malade est couchée, la tête très élevée, la face tirée, contractée, pâle, la peau couverte de sueurs, la respiration un peu haletante ; le ventre est très douloureux dans tous les points ; le pouls est très petit, fréquent. Pas de vomissements ; la péritonite étant évidente, on applique dix sangsues sur le ventre.

Dans la journée, les vomissements verts sont survenus, les symptômes généraux se sont aggravés, et le soir on trouve la malade dans un état tout à fait désespéré. Elle meurt dans la nuit.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une petite quantité de liquide purulent, gris, jaunâtre ; la paroi abdominale enlevée, on trouve une tumeur extrêmement volumineuse, dont la couleur contraste singulièrement avec celle du péritoine. Cette tumeur est irisée, d'un rouge bleuâtre, plus grise, plus blanche dans certains points ; on voit que cette coloration est déterminée par un nombre considérable de vaisseaux développés dans sa tunique externe.

Cette tumeur est arrondie, un peu aplatie d'avant en arrière ; elle occupe à peu près toute la cavité abdominale ; elle repose en bas sur les deux fosses iliaques ; à droite, elle est appliquée exactement contre la paroi abdominale, et l'on ne voit aucune anse intestinale interposée ; à gauche, on voit quelques anses de l'intestin grêle, et l'S iliaque qui la séparent de la paroi. En haut, elle est limitée par le côlon transverse. Elle remonte, du reste, jusqu'au niveau du septième espace intercostal droit.

Cette tumeur se déplace assez facilement; en la faisant glisser sur les parties sous-jacentes, on peut la placer sur le pubis et la partie supérieure des cuisses, et l'on voit qu'elle est maintenue simplement par un pédicule peu volumineux qui la fixe à l'utérus. Dans la place qu'elle occupait, on voit la plus grande partie de l'intestin grêle, le cæcum et le côlon ascendant, qui étaient comprimés par elle.

La surface de cette tumeur est lisse et recouverte çà et là de pseudo-membranes ou plutôt de flocons purulents simplement superposés.

La tumeur enlevée avec l'utérus, on trouve comme dimensions 34 centimètres dans le diamètre vertical et 25 dans le diamètre transversal.

Le kyste est uniloculaire, et à l'ouverture il s'écoule un liquide séro-sanguinolent, filant, albumineux : il y en a 5 litres.

La poche se compose de trois membranes : une externe, lisse, péritonéale, mais injectée et épaissie; une moyenne, plus épaisse, fibro-vasculaire, et une interne, lisse et ressemblant à l'externe. Cette face interne est plus lisse, plus blanche, à mesure qu'on s'éloigne du point d'insertion de la tumeur. Vers la base, au contraire, elle est noirâtre, sanguinolente et tapissée par des caillots sanguins formant une couche uniforme. Ces caillots sont noirs, assez mous, faciles à enlever par le grattage; néanmoins, il en reste toujours, et il semble qu'il y en a qui sont situés dans l'épaisseur des parois, protégés par des fibres d'apparence musculaire. Après une macération de huit jours, on retrouvait encore ces caillots sanguins. Le kyste tient à l'utérus par un pédicule qui semble également constitué par du tissu fibro-vasculaire, et l'on trouve entre la poche et l'utérus deux autres petites tumeurs de même apparence extérieure, mais non arrondies et solides. L'une, la plus volumineuse, grosse comme un œuf, formée par une membrane d'enveloppe assez épaisse, et à l'intérieur de sang coagulé, mais sans cloisons intérieures, mais renfermant quelques veines non déchirées remplies de sang coagulé; l'autre un peu plus en arrière, un peu moins grosse, également constituée par du sang coagulé, et une membrane d'enveloppe de même nature que la précédente contient plusieurs culs-de-sac. Il est impossible de reconnaître l'ovaire, non plus que son ligament. La trompe se voit

dans la longueur de 2 centimètres à partir de son insertion, puis disparaît également dans l'une de ces deux dernières tumeurs, l'antérieure la plus volumineuse.

L'utérus est du volume du poing d'un adulte et ne présente aucune trace de suppuration ni de phlébite.

La trompe et l'ovaire du côté gauche sont sains ; on trouve dans l'ovaire un corps jaune du volume d'un pois et un petit kyste à peu près de même volume, mais à parois d'une épaisseur de 2 millimètres et contenant un peu de sérosité. Ce kyste est au milieu du stroma.

On trouve des fausses membranes à la surface du péritoine, mais surtout et presque spécialement dans l'hypochondre droit et à la surface du foie. Les intestins sont injectés à la surface, non adhérents.

Les poumons, le cœur, la rate, sont sains ; les reins présentent un état grasseux de la substance corticale.

TUMEUR EN BISSAC COMPRIMANT LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA RÉGION CERVICALE DE LA MOELLE. — MORT. — AUTOPSIE. — Observation recueillie par M. GÉRIN-ROZE, interne des hôpitaux.

Le nommé Charles Barrard, bijoutier, âgé de vingt-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 août 1859. Il est placé salle Saint-Lazare, service de M. le docteur Horteloup.

C'est un homme de taille moyenne, à l'air maladif et fatigué. Son enfance s'est passée sans maladie grave, quoiqu'il ait toujours été faible et délicat. Une tante qui l'a élevé croit avoir remarqué qu'étant enfant il traînait déjà légèrement la jambe droite.

Ouvrier à l'âge de dix-neuf ans, gagnant peu, voulant à la fois venir en aide à son père et faire figure au milieu de ses amis, il habita un logement humide, se nourrit mal, et s'imposa, en un mot, mille petites privations pour pouvoir subvenir à ces dépenses. Aussi ne fallut-il pas plus de deux ans de cette mauvaise hygiène pour qu'il s'aperçût d'un commencement de paralysie. Sa jambe droite, considérablement affaiblie, se fatiguait promptement ; son bras droit avait perdu de sa force ; ses membres supérieur et inférieur gauche n'avaient plus eux-mêmes, mais à un moindre degré, leur vigueur d'autrefois. Notre homme n'en continua pourtant pas

moins son genre de vie, travailla toujours, se priva toujours, et prit pour comble de malheur deux chancres et plusieurs blennorrhagies. C'est à l'indiscrétion d'un de ses camarades que nous devons ce dernier renseignement ; nous cherchons en vain la trace d'accidents consécutifs, la nature infectante des deux chancres étant loin d'être démontrée.

La paralysie augmentait progressivement et insensiblement lorsqu'il y a cinq mois un accident vint, pour ainsi dire, hâter la marche de cette très lente affection. A la suite d'une chute que lui fit faire un chien qui vint se heurter dans ses jambes, Barrard prit le lit et le garda quatre mois. Il ne se plaignit d'abord que d'une entorse, qui, disait-il, l'empêchait de se tenir debout ; mais force lui fut bientôt de reconnaître que sa paralysie gagnait, car il rendit involontairement selles et urines, et souffrit beaucoup d'une eschare qui vint compliquer la situation. Après un séjour au lit de quatre mois survint une légère amélioration, la volonté reprit son empire sur le rectum et la vessie, l'eschare se cicatrisa, et les forces semblèrent vouloir renaître. Vain espoir. Après huit jours d'efforts pénibles pour reprendre ses travaux, Barrard reconnaît que la lutte est inutile, et vient, à bout de ressources, réclamer nos soins.

Il s'appuie sur une béquille, et se plaint d'une grande faiblesse du membre abdominal droit, qu'il traîne et projette en avant dans la marche. Ce membre est presque entièrement paralysé du mouvement, aussi ne peut-il servir à la station, et notre malade ne se soutient-il qu'à l'aide d'un bâton ou d'une chaise qu'il pousse devant lui en appuyant les mains sur le dossier.

Le membre supérieur droit est également paralysé du mouvement. La main pend flasque et inerte, fléchie sur le poignet. Elle est presque complètement inutile.

La puissance musculaire des membres abdominal et thoracique gauche a également diminué, mais dans des proportions bien moindres, qui ne mettent pas sérieusement obstacle à leurs fonctions. Du reste, la sensibilité est intacte.

L'incontinence des matières fécales et de l'urine se reproduit. Tantôt notre homme ressent le besoin d'uriner ou d'aller à la selle, et réclame le bassin, sans que cette mesure de propreté lui soit utile, car le plus souvent il n'a pas la force de retenir les matières qu'il sent avoir besoin de rendre ; tantôt cette sensation elle-même

fait défaut, et la vue seule lui fait apercevoir qu'il vient de souiller le plancher s'il est debout, ses draps s'il est dans son lit.

Malgré tous ces symptômes, il n'y a ni fièvre, ni douleur. L'appétit est conservé, l'intelligence est intacte. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. La constipation est l'état habituel.

Les sommets sont douteux. Nous trouvons sous la clavicule de la matité et de l'expiration prolongée.

Contre cette débilitation générale, M. Horteloup institua un traitement tonique qui eut pour base une alimentation nourrissante, les bains sulfureux et les préparations de quinquina. Il combattit aussi l'épuisement de l'action nerveuse en faisant électriser chaque jour les parties malades. La faradisation durait dix minutes, et dans chaque séance l'un des conducteurs était porté sur le point d'émergence des nerfs rachidiens, tandis que l'autre allait exciter chacun de ces nerfs sur son trajet.

Sous l'influence de ce traitement, et comme si l'électrisation réveillait les propriétés nerveuses engourdies, la paralysie semblait vouloir rétrograder. Déjà le bras droit devenait plus fort, la main droite se soulevait en tremblant et saisissait une cuiller, qu'elle ne pouvait cependant porter jusqu'à la bouche; déjà la jambe droite elle-même paraissait plus ferme, et permettait à notre paralytique, armé de sa béquille, de descendre et de remonter quatre étages, lorsqu'une nouvelle chute vint arrêter cet heureux résultat.

Le 20 octobre, Barrard tomba de sa hauteur en voulant saisir un objet. Il faisait des chutes fréquentes, mais n'était pas encore tombé d'une manière aussi brutale. Son talon glissa, son corps se renversa en arrière, et alla rudement frapper de l'occiput le parquet de la chambre.

Cette chute ne s'accompagna d'aucun vertige, d'aucun étourdissement. Le manque d'équilibre, rendu plus complet par la faiblesse de la jambe droite, nous parut en avoir été la cause.

Quoi qu'il en soit, le résultat immédiat fut une augmentation de la paralysie du mouvement, qui s'empara des membres supérieur et inférieur gauche, et s'y montra aussi complète que dans ceux du côté droit. Ces membres ne pouvaient exécuter le moindre mouvement; la parole devint lente, la respiration gênée, et malgré tout l'intelligence est intacte. Le malade, très affecté, parle peu volontiers; il a conservé la sensibilité tactile, et le lendemain, à la visite,

nous constatons qu'il n'offre à la tête aucune plaie, aucune trace de contusion. Le pouls est légèrement élevé, sans augmentation de chaleur à la peau; il n'y a pas de céphalalgie, mais des fourmillements dans les membres.

Devant l'intégrité des fonctions intellectuelles, la brusque apparition des accidents et la paralysie exclusive des paires rachidiennes, nous crûmes à la compression de la partie supérieure de la moelle par un foyer apoplectique. Le traitement se composa de ventouses scarifiées à la nuque, de purgatifs répétés, et d'une alimentation subordonnée à l'appétit du malade.

L'électrisation fut continuée malgré le diagnostic, dans l'espoir de suppléer un peu à l'incitation transmise par le bulbe, et de continuer à exciter le système recto-vésical, qui nous avait semblé en ressentir quelques bons effets.

Malgré le traitement, l'affaiblissement général fit de rapides progrès. L'immobilité forcée fut bientôt suivie d'une énorme eschare au sacrum, et, dans les premiers jours d'octobre, d'un redoublement d'oppression, ou plutôt d'une gêne extrême de la respiration.

Les muscles respirateurs, et en particulier les pectoraux, se contractaient volontiers sous l'influence des courants électriques. La respiration semblait alors se ranimer; mais ce n'était qu'une amélioration passagère, et quoique vers le 15 octobre les membres supérieurs commençassent à se soulever de quelques centimètres la maladie ne fait plus qu'une lente et très douloureuse agonie. L'intelligence et la sensibilité se conservèrent jusqu'à la fin. Mais, épuisé par la suppuration de l'eschare, par la perte d'appétit, par une diarrhée colliquative qui venait encore souiller et irriter ses plaies, tourmenté par des fourmillements cuisants qui lui parcouraient le corps, appelant cent fois par jour pour qu'on lui changeât de place ses membres inanimés, qu'il ne pouvait mouvoir, mais qui le fatiguaient sans cesse de leur position toujours incommode, réclamant notre assistance; anxieux, étouffant, haletant, Barrard s'éteignit le 31 octobre, emporté par une asphyxie lente qui le rendit à ses derniers moments aussi décomposé, aussi froid et aussi violacé qu'un cholérique à l'agonie.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — Une fois en présence du cadavre, notre attention se porta sur la moelle dans laquelle nous croyions trouver un foyer apoplectique. Notre attente

fut trompée. Le malade avait été enlevé par deux tumeurs intrarachidiennes qui comprimaient la partie supérieure de la région cervicale. Chacune de ces tumeurs, de forme ovulaire, avait la même forme, la même structure, la même consistance et le même aspect. Ovoïdes toutes deux, la première idée qui venait à l'esprit était de les comparer à deux testicules de coq. Elles formaient un ovale régulier dont l'axe vertical avait 3 centimètres.

L'une d'elles, plus petite, était verticalement située entre la dure-mère et l'arachnoïde. Son extrémité supérieure répondait exactement au bord inférieur de l'arc postérieur de l'atlas. L'extrémité gauche de son diamètre transverse adhérait intimement à la dure-mère, qu'elle traversait pour se confondre avec la seconde tumeur, située entre la dure-mère et les parois du canal rachidien. Libre dans le reste de son étendue, elle comprimait surtout la face postérieure gauche de la moelle, tout en empiétant beaucoup sur la face postérieure droite correspondante. Il suffisait de soulever la tumeur pour voir qu'elle était logée, dans une dépression ovulaire formée par le tassement du tissu médullaire refoulé et légèrement dévié à droite. A ce niveau, le tissu de la moelle n'était pas injecté. Sa consistance seule était légèrement diminuée. Audessus et au-dessous de la dépression, les membranes et la moelle offraient leur aspect habituel.

La seconde tumeur était transversalement située à gauche et en dehors de la précédente, dont elle était séparée par la dure-mère rachidienne. L'extrémité droite de son grand axe, intimement unie à la dure-mère, la perforait pour se confondre avec la première tumeur au niveau de l'extrémité gauche de son axe transverse. Son bord supérieur était caché par l'arc postérieur de l'atlas dans l'étendue d'un centimètre. Elle tenait aux parties voisines par des adhérences fixes et faciles à rompre.

Chaque tumeur était formée par une substance molle, finement granuleuse, rouge-brunâtre, très semblable, quant à l'aspect, au tissu propre du testicule humain. La substance de la première tumeur communiquait avec la substance de la seconde par l'orifice de la dure-mère. Elle était renfermée dans une enveloppe fine, lisse, transparente et vasculaire. Cette enveloppe représente exactement la tunique albuginée de ces deux soi-disant testicules, car

cette comparaison nous semble donner une parfaite idée de l'aspect de la production.

Nous pouvons maintenant résumer notre description en disant que nous avons sous les yeux une seule tumeur en bissac étranglée par un orifice de la dure-mère, et dont les deux parties sont réciproquement perpendiculaires l'une à l'autre.

L'examen des autres parties du corps nous a permis d'observer que les méninges encéphaliques étaient congestionnées et infiltrées d'un liquide séreux que l'on retrouvait en grande quantité dans les ventricules. La substance corticale du cerveau avait peut-être un peu perdu de sa consistance, sans piqueté ni altération de cet organe.

Le tube digestif et le cœur sont sains. Il y a des granulations grises au sommet des deux poumons; deux cavernes de la grosseur d'une petite noix au sommet du poumon droit. Ces lésions étaient trop peu étendues pour avoir pu hâter la mort du sujet.

Quoique la présence de ces cavernes m'ait porté à croire que nos tumeurs étaient de nature tuberculeuse, je n'en ai pas moins prié l'un de mes collègues présents à l'autopsie, M. Dézanneaux, de vouloir bien en faire l'examen microscopique. Il a eu l'obligeance de me remettre la note suivante, que je transcris mot pour mot :

« Le tissu de la tumeur est presque entièrement constitué par
» des granulations moléculaires protéiques englobant un grand
» nombre de noyaux embryoplastiques et quelques cellules de
» même nature; il y a comme éléments accessoires quelques fibres
» de tissu cellulaire, des capillaires sanguins et des corpuscules
» amyloïdes. La membrane d'enveloppe de la tumeur ne renferme
» que du tissu cellulaire et des vaisseaux capillaires en petit
» nombre. »

La Société ayant chargé notre collègue, M. le docteur Luys, d'examiner au microscope la tumeur conservée depuis trois jours dans une solution peu étendue d'acide chromique, je crois devoir placer ici la note qu'il a eu la bonté de me remettre :

Examen de la tumeur présentée à la Société anatomique, par
M. GÉRIN ROZE, le 4 novembre 1859, par M. LUYLS.

La tumeur est formée de deux portions ; l'une intra, l'autre extra-rachidienne. La dure-mère se continue en s'amincissant sur les parois de la tumeur extérieure ; on voit pareillement quelques filets nerveux qui s'y perdent en se confondant avec sa masse. A l'incision, on constate qu'elles sont toutes deux constituées, la tumeur extérieure par un tissu blanchâtre mollasse offrant des traces non équivoques de fibres parallèles, et la tumeur intra-rachidienne par un tissu analogue, mais déjà ramolli çà et là, et offrant dans ces points un développement vasculaire très considérable.

En présence de cette curieuse pièce, les questions que nous eûmes à résoudre furent celles-ci :

1° Aux dépens de quel élément organique normal s'était-elle développée ?

2° Quel avait été le tissu primitivement envahi ?

3° A quelle nature de tumeur avions-nous affaire ?

4° L'examen superficiel, et je dirai même l'emplacement de cette double tumeur sur le trajet des nerfs rachidiens, nous faisait déjà soupçonner que nous étions en présence d'un de ces produits végétants qui se développent aux dépens des éléments nerveux. Ajoutons que la dissection attentive des filets nerveux que nous vîmes se plonger et se perdre dans l'intérieur de la masse de la tumeur semblait donner gain de cause à cette première hypothèse. En effet, en examinant une coupe mince, nous pûmes nous convaincre que de nombreux faisceaux de tubes nerveux pénétraient dans l'intérieur de la tumeur ; que, reconnaissables pendant quelque temps, on cessait de pouvoir les suivre facilement peu après, et qu'au bout d'un certain trajet ils étaient complètement confondus avec les fibrilles qui formaient le stroma de la tumeur.

Qu'étaient-ils devenus et quelles modifications avaient présentées leurs éléments constitutifs ?

Dans les points où ils commençaient à s'altérer, on voyait les tubes nerveux entourés de fibrilles et de corpuscules du tissu conjonctif en bien plus grande quantité que normalement, puis ces fibrilles adhéraient aux parois des tubes, lesquelles, un peu plus loin, se présentaient gonflées, distendues par une série de noyaux

et de cellules fusiformes développées dans leur intérieur ; ces noyaux, ces cellules de nouvelle formation, réunies aux fibrilles de tissu conjonctif externe, formaient alors un lacis inextricable au milieu duquel il était bien difficile de reconnaître ce qui appartenait à l'élément nerveux dégénéré ou à l'élément accessoire développé en proportion insolite.

Quant au cylinder axis, je l'ai vu participer aux mêmes phases de dégénérescences, je l'ai vu devenir granuleux et présenter dans son épaisseur un nombre variable de jeunes cellules fusiformes dont les radiations se mélangeaient avec celles qui dérivait de la gaine du nerf et du tissu conjonctif extérieur.

En suivant le trajet des tubes nerveux aussi loin que nous pûmes, nous constatâmes, qu'en dernière analyse, leurs extrémités, éparpillées en fibrilles excessivement fines, développées, soit aux dépens des parois, soit aux dépens du cylinder axis, soit aux dépens du tissu conjonctif interposé entre tous les éléments nerveux, formaient une trame excessivement serrée constituant le stroma même du produit morbide.

Un fait non moins important à signaler, c'est la présence de corpuscules ganglionnaires au milieu du tissu anormal ; ces corpuscules, agglomérés par places au nombre de quinze à vingt, avaient encore pour la plupart conservé leur aspect caractéristique : dans les portions dont la dégénérescence était plus avancée, on les voyait successivement s'altérer, être envahis de toutes parts, cerclés en quelque sorte par le développement exubérant du tissu conjonctif ambiant et disparaître sous la multiplication incessante de ce produit envahisseur.

Ainsi donc, d'après la présence dûment constatée de tubes nerveux et de corpuscules ganglionnaires dans l'épaisseur de ces tumeurs, nous sommes conduits à admettre que nous avons affaire à un ganglion des racines nerveuses postérieures, plus ou moins transformé.

2° Relativement à la seconde question, on peut se demander quel avait été le tissu primitivement envahi ; la lésion a-t-elle débuté comme fait primordial dans l'épaisseur des parois des tubes nerveux, dans celle des capillaires, ou bien ne serait-ce pas le tissu conjonctif interstitiel qui aurait été dès l'abord le siège du premier travail morbide ?

Il est assez difficile de répondre complètement sur tous ces points. Cependant nous sommes porté à éloigner d'abord les tubes nerveux et leur gaine comme cause première d'altération morbide ; nous avons vu, en effet, que ces tubes étaient envahis de dehors en dedans, et que, une fois envahis, l'altération débutant dans la gaine n'arrivait que consécutivement à envahir le cylindre axis.

L'examen des portions de la tumeur, fait dans les points où son évolution organique était le plus avancée, nous fit voir que là existaient réellement des caractères anatomiques capables de nous guider dans nos recherches. Je veux parler des endroits vascularisés et déjà ramollis de la tumeur intra-rachidienne.

Là, en effet, les éléments histologiques étaient beaucoup plus volumineux, plus avancés dans leur développement ; les capillaires, beaucoup plus abondants que partout ailleurs, étaient doublés d'une paroi formée de fibres de tissu conjonctif condensé, bien plus épaisse que normalement. Ces parois envoyaient en tous sens des tractus fibroïdes très consistants, formaient comme des jetées divergentes ; ces tractus s'éparpillaient à leur tour en fibrilles très ténues et allaient se perdre au milieu des anastomoses plexiformes dont nous avons déjà parlé.

Il est donc vraisemblable que dans ce cas, de même que dans plusieurs autres que nous avons précédemment analysés, l'altération primordiale aurait débuté dans les parois des capillaires pour se répandre au loin et s'irradier dans tous les sens.

3° Quant à la nature de ce produit, à quelle classe faut-il le rapporter ? Faut-il le ranger dans la catégorie des vrais cancers ou des pseudo-cancers ?

Les caractères spécifiques du cancer sont, à l'heure qu'il est, encore trop incertains pour que l'on puisse, par l'absence ou la présence de tel ou tel élément histologique, classer une tumeur ; cependant, en considérant :

1° Le mode de début de la tumeur, émergeant en quelque sorte de l'épaisseur des parois des capillaires ;

2° Le mode de genèse du tissu nouveau, qui se développe principalement par endogénéité (la plupart des corpuscules du tissu conjonctif contenaient, en effet, une série de jeunes noyaux inclus) ;

3° L'envahissement progressif de tous les éléments anatomiques

ambiant, par ce tissu pathologique qu'il circonscrit, qu'il s'assimile peu à peu en les convertissant en corpuscules et en fibrilles du tissu conjonctif; ces caractères, en un mot, du bourgeonnement spontané et d'absorption des tissus circonvoisins, nous portent à admettre que nous avons ici affaire à un ganglion nerveux des paires rachidiennes, transformé par la dégénérescence cancéreuse.

XXXIV. ANNÉE. — NOVEMBRE 1859 (1).

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Artère et veine fémorales chez un sujet qui portait dans la région inguinale droite une tumeur encéphaloïde du volume de la tête d'un adulte. — 2. Cas de guérison spontanée d'étranglement interne. — 3. Concrétions rénales chez un enfant de quatre jours. — 4. Enchondrome du tibia. — 5. Foie et face du cerveau chez une femme albuminurique. — 6. Ovaires d'une femme varioleuse. — 7. Perforation intestinale arrivée au vingt-cinquième jour d'une fièvre typhoïde. — 8. Gastrotomie pratiquée pour un étranglement interne. — 9. Lésions multiples des voies urinaires. — 10. Ganglions lymphatiques devenus tuberculeux. — 11. Fracture de la mâchoire inférieure. — 12. Pied-bot varus. — 13. Anomalie double des artères rénales. — 14. Éthiomène de la vulve. — 15. Hémorrhagie de la glande pinéale. — 16. Épanchement sanguin de l'ovaire gauche. — 17. Lipome du bras.

OBSERVATIONS. — Tumeur du cervelet, par M. Roché.

Kyste enflammé et suppuré du lobe gauche du corps thyroïde, par M. Lemarié.

Kystes multiples du creux poplité, par M. Liégeois.

Grossesse tubaire, rupture de la trompe, hémorrhagie, mort, par M. Siredey.

Fractures du rachis, du bassin, du sternum; écrasement de la première vertèbre lombaire, par M. Guerlain.

Fracture de l'orbite, pénétration dans le cerveau par un bout de tuyau de pipe, par M. Fritz.

Tumeur du sinus maxillaire, par M. Fritz.

Fractures de la clavicule, des côtes des alvéoles, du maxillaire inférieur de la rotule, par M. Lemarié.

PRÉSIDENTE DE M. CRUVEILHIER.

M. Dolbeau présente à la Société une pièce qu'il a recueillie dans son service, à l'hôpital Saint-Louis. C'est l'artère et la veine fémorales d'un homme de vingt-quatre ans venant de la province, et qui portait dans la région inguinale droite une tumeur grosse comme la tête d'un adulte.

(1) La Société ne tenant pas de séances pendant les mois de septembre et d'octobre, le BULLETIN du mois de novembre fait suite à celui du mois d'août.

D'un esprit borné et en proie à une vive terreur, cet homme ne donne que des renseignements à peu près nuls sur l'évolution de sa tumeur. Cependant, au milieu d'une obscurité très grande, M. Dolbeau croit pouvoir affirmer que la tumeur date de cinq ans. Elle aurait débuté par une petite induration qui siégeait au-dessous du ligament de Fallope, à trois ou quatre travers de doigt de l'arcade crurale.

La tumeur avait son siège sur la moitié antérieure et supérieure de la cuisse ; elle repoussait vers le côté opposé les organes génitaux ; elle était douloureuse, fluctuante dans toute son étendue. M. Dolbeau diagnostiqua une tumeur encéphaloïde. Pas d'antécédents dans la famille. M. Dolbeau pensa qu'il était de son devoir de l'enlever ; en effet, la tumeur était mobile, nullement adhérente aux os, et aurait infailliblement et dans un temps très prochain causé la mort du malade. Il ne restait donc plus qu'un espoir de salut pour le malade : l'ablation de la tumeur.

L'opération fut laborieuse ; elle dura trois quarts d'heure, et n'adhérait qu'au ligament de Fallope. La veine saphène fut liée. Un jet de sang volumineux gêna un instant l'opérateur. M. Dolbeau crut alors à la lésion de la veine fémorale. Il passa sous le vaisseau lésé une ligature, c'était l'artère ; le sang coulait toujours, alors il fit une ligature en masse, et le sang fut arrêté. La tumeur alors fut énucléée complètement avec la main, et il n'y eut plus que quelques brides celluluses qui furent détruites par le ciseau.

Le soir de l'opération, le malade fut pris de vomissements ; on les attribua aux inhalations chloroformiques.

Le malade, sous l'empire d'une terreur profonde, refusa tout soin, toute nourriture, et le sixième jour, pris d'un violent frisson, il succomba au milieu de ce frisson.

A l'autopsie, aucune lésion viscérale ne put être constatée. M. Dolbeau lui-même fit l'examen cadavérique, et ne put découvrir aucune cause capable d'expliquer la mort. La tumeur avait été enlevée en totalité, et le *fascia lata* seul fut légèrement entamé.

Au-dessous de l'arcade crurale les vaisseaux furent attentivement disséqués. La ligature supérieure avait entièrement coupé les tuniques de l'artère. Dans le bout supérieur, on voyait un caillot qui remontait jusque dans l'épigastrique. La ligature inférieure n'avait pas coupé l'artère, elle l'avait seulement étreinte, et entre

les deux ligatures il y avait du sang à peine coagulé. Ce sont bien là les caillots actifs et passifs de M. Broca. Le fil inférieur n'avait pas étreint la veine, il l'avait traversée seulement. Dans la veine, pas de traces inflammatoires, seulement on voyait un caillot, ou plutôt, à ce que pense M. Dolbeau, un prolongement encéphaloïde. Il faut se rappeler que les vaisseaux traversaient la tumeur.

Les veines, les artères étaient donc oblitérées, et cependant il n'y eut, chose très remarquable, ni œdème, ni altération de la circulation, ni diminution de la chaleur du membre. On sentait parfaitement les battements des artères pédieuse et poplitée.

M. Dolbeau insiste encore sur la nécessité où il était d'opérer le malade, puisque c'était la dernière chance de salut qui lui restait.

M. Ladreit de la Charrière a vu un malade qui avait un cancer du médiastin. Les veines, les artères sous-clavières étaient oblitérées, et cependant aucune modification n'a été observée, ni dans la circulation, ni dans la température du bras correspondant.

M. Cruveilhier croit que la veine est, dans ce cas, oblitérée par l'inflammation. Il n'a pas vu de cancer dans les veines sans que les parois de ces vaisseaux ne fussent envahies.

M. Dolbeau objecte que les vaisseaux entraient dans la tumeur, et qu'ils pouvaient être malades en cet endroit-là, il répond ainsi à M. Trélat, qui était surpris de voir M. Dolbeau professer une opinion pareille, car il n'a jamais vu de cancer dans les veines sans lésions des parois.

M. Trélat ajoute qu'il a observé dans le service de M. Jobert, suppléé par M. Gosselin, un cas tout à fait semblable. M. Gosselin enleva une tumeur pareille, et quant à son siège et quant à son volume, c'était aussi chez un jeune homme, et, comme dans le cas de M. Dolbeau, le malade s'éteignit le septième jour, non pas à la suite d'une hémorrhagie foudroyante, mais profondément anémié et affaibli.

M. Houël a vu un certain nombre de cas dans lesquels les veines avaient été défoncées par le cancer, mais toujours il a pu découvrir facilement la lésion primitive des parois veineuses.

Dans le cas présent, on ne trouve aucune trace de perforation,

il manque l'élément *perforation*. Entre les deux ligatures, il y a une lésion des parois, et plus loin il n'y a pas phlébite, car les parois sont saines et nullement injectées.

M. Dolbeau a-t-il examiné au microscope la tumeur ? Si M. Houël fait cette question, c'est qu'il ne croit pas à l'encéphaloïde, c'est pour lui une tumeur fibro-plastique. Les tumeurs ganglionnaires cancéreuses d'emblée sont très rares ; celles qui n'adhèrent pas aux os le sont aussi. Les tumeurs fibro-plastiques seules peuvent se développer dans le tissu cellulaire, car il n'y a pas d'exemple de cancer qui ait son point de départ dans le tissu cellulaire.

Était-ce bien une tumeur ganglionnaire ?

M. Dolbeau répond que l'examen microscopique et l'aspect extérieur démontrent que cette tumeur était le type de l'encéphaloïde.

M. Trélat croit aussi à la nécessité de la perforation de la veine pour expliquer la présence du tissu encéphaloïde dans l'intérieur du vaisseau, mais cet envahissement a pu avoir lieu dans l'intérieur de la tumeur elle-même ; puis il ajoute : Je vais peut-être dire une énormité, je vais peut-être renouveler au sein de la Société une de ces discussions orageuses qui ont eu lieu à propos du cancer ; je ne puis cependant dissimuler que rien jusqu'à présent, dans l'état actuel de la science, ne prouve qu'à un moment donné de leur évolution les tumeurs fibro-plastiques ne puissent devenir de véritables cancers. Ce ne serait qu'une question de temps, d'âge, pour ainsi dire. La tumeur que M. Dolbeau a présentée était une tumeur *in extremis*, à son dernier degré d'évolution, de maturité, et possédait tous les caractères visibles de l'encéphaloïde. M. Houël a dit que le cancer envahit et ne repousse pas au loin les parties ambiantes ; mais si l'on a affaire à une tumeur qui se trouve en face d'un plan résistant, elle mettra plus de temps pour transformer les tissus voisins en son propre tissu, et l'on ne peut pas déduire de la non-pénétration des parties environnantes par le cancer que l'on avait affaire à une tumeur fibro-plastique.

M. Houël répond qu'à l'œil nu il est impossible de distinguer le tissu cancéreux du tissu fibro-plastique, et il est de règle que les tumeurs fibro-plastiques n'envahissent pas et sont enkystées.

M. Trélat ne nie pas le fait, mais puisque à l'œil et au microscope la tumeur est aujourd'hui un cancer, à quoi bon dire que c'est une tumeur fibro-plastique ?

M. Cruveilhier demande à M. Dolbeau quelle était, suivant lui, la cause de la mort.

A cela M. Dolbeau répond qu'il ne croit pas que l'hémorrhagie soit la cause de la terminaison fatale. Le malade était dans de très mauvaises conditions ; il était en proie à une terreur invincible, qui lui a fait refuser tous les secours ; s'il avait été courageux, il eût survécu.

M. Trélat objecte qu'on ne peut faire d'opérations sans faire perdre du sang au malade, et que pour celui dont il est question la quantité de sang perdu pouvait être suffisante pour le jeter dans une prostration profonde qui l'a empêché de réagir, et qui a entraîné la mort.

2. M. Allaux présente à l'appui de sa candidature la pièce suivante : ce serait, selon ce présentateur, un cas de *guérison spontanée d'étranglement interne*. L'intestin grêle s'ouvre dans le rectum ; cette pièce a été recueillie chez une femme âgée chez laquelle on sentait des tumeurs dans l'abdomen, tumeurs que l'on aurait pu prendre pour des tumeurs cancéreuses, et qui n'étaient formées que par un amas de matières stercorales ; au-dessous de l'ampoule où séjournaient ces pierres stercorales, il y avait un rétrécissement considérable. L'étranglement interne aurait eu lieu il y a huit ans. Après son entrée à l'hôpital, cette malade tomba dans le marasme et succomba au bout de huit jours, sans que l'on put, même à l'autopsie, découvrir la cause de sa mort.

3. M. Michon présente les reins d'un enfant de quatre jours dont les pyramides, très vascularisées, sont dilatées par une contraction ou une sécrétion dont il ignore la nature.

M. Liégeois dit que la disposition qui semble anormale à M. Michon est, au contraire, très fréquente, et que ce ne sont que des

sels calcaires qui sont amassés. Les cristaux d'urate ne sont pas dans la substance corticale, mais bien dans les tubes de Ferrein. Si les enfants ont respiré, ces granulations disparaissent.

A cela, M. Michou objecte que l'enfant dont il montre les pièces était âgé de quatre jours, et que, par conséquent, il avait respiré.

4. M. Dolbeau met sous les yeux de la Société un *enchondrome du tibia* qu'il a enlevé chez une jeune femme de vingt-cinq ans ; il a fait l'amputation de la cuisse. Cette malade, d'une constitution faible, n'a cependant pas de tubercules dans les poumons. M. Dolbeau l'a fait ausculter et l'a auscultée lui-même, et l'examen a été négatif.

Il y a cinq ans que cette tumeur a débuté sans cause appréciable ; quelques douleurs profondes ont accompagné un léger gonflement, puis la tumeur s'est toujours accrue, et il y a six mois que la malade est forcée de garder le lit.

Quand elle est entrée à l'hôpital, le genou présentait un gonflement assez considérable, périphérique à l'articulation, et qui en modifiait la forme. Au niveau du condyle externe du tibia, il existait aussi un gonflement notable recouvert par de la peau amincie et ulcérée en un point.

La tumeur, fluctuante en certains endroits, était très bosselée et présentait, en d'autres, des points durs, noueux, autour desquels on sentait des bords osseux. Il y avait donc là une lésion de l'os ; M. Dolbeau ne crut pas que l'articulation fût envahie.

Prenant en considération la jeunesse de la malade, les points osseux, durs, à côté de points fluctuants, la forme bosselée, M. Dolbeau diagnostiqua un *enchondrome du tibia*.

M. Dolbeau donna de l'iodure de potassium à la malade, bien persuadé de l'inefficacité de cette médication, mais pour se mettre à l'abri des reproches que l'on aurait pu lui faire.

Un abcès assez considérable se développa au pourtour de l'articulation et put faire croire un instant à une arthrite suppurée ; mais M. Dolbeau n'en persista pas moins dans son diagnostic, et l'examen après l'amputation vint le confirmer pleinement. Les douleurs devenaient très vives et le décidèrent à opérer.

Aujourd'hui l'état de la malade est aussi satisfaisant que possible.

Voici maintenant l'examen de la pièce, couche par couche :

1° La peau amincie et ulcérée ;

2° La capsule fibreuse ;

3° Le ligament rotulien qui n'avait pu être reconnu avant l'ablation de la tumeur, malgré les mouvements que M. Dolbeau avait fait exécuter à l'article dans l'intention de savoir où le ligament était situé ;

4° Le condyle externe du tibia, hypertrophié, bosselé ; par place on voit des points osseux, c'est là le meilleur caractère de l'enchondrome.

Une section étant pratiquée suivant l'axe du membre, laisse voir le tissu spongieux de l'os à teinte rougeâtre, à mailles élargies ; au milieu on aperçoit des points très brillants qui sont des parties cartilagineuses, au pourtour des épanchements sanguins.

On observe dans cette pièce tous les degrés de l'enchondrome, depuis les bosselures, les points durs, jusqu'au ramollissement.

L'examen microscopique vint confirmer le diagnostic.

On voyait déjà l'enchondrome soulever les cartilages de l'articulation et y pénétrer. Ce n'était donc là qu'une question de temps ; si l'amputation n'avait pas été faite, il est certain, d'après ce que nous voyons, que l'article eût été complètement envahi.

L'enchondrome ne récidive pas. Quelques chirurgiens ont tenté l'énucléation ; mais, dans le cas présent, elle eût été impossible, et l'anatomie pathologique vient prouver que l'amputation seule pouvait sauver la malade.

M. Cruveilhier fait remarquer qu'il y a peu d'années on aurait pris cette tumeur pour une tumeur encéphaloïde.

M. Dolbeau ajoute qu'il avait fait avec la pointe d'une lancette une ponction très petite dans un des points fluctuants, et qu'en examinant le liquide qui en était sorti au microscope, on y avait trouvé des cellules cartilagineuses.

M. Cruveilhier fait remarquer qu'il y a deux espèces d'enchondromes, l'un dur et ramolli par places, l'autre mou au toucher, et qui contient un liquide vitreux.

M. Dolbeau est de l'avis de M. Cruveilhier ; il y a, suivant lui, plusieurs espèces d'enchondromes, surtout si l'on tient compte de la marche de la maladie.

D'abord il y a un enchondrome qui débute par le périoste, et qui est le *périchondrome*.

Puis il y a un enchondrome qui commence par un point cartilagineux qui se développe dans l'os et s'en coiffe pour ainsi dire ; enfin, il y a un enchondrome qui n'est qu'une infiltration cartilagineuse du tissu spongieux.

5. M. Siredey présente un morceau du foie et une partie de la faux du cerveau d'une femme de trente-deux ans, qui était albuminurique, et qui n'offrait à l'auscultation aucun phénomène de phthisie.

La tumeur que l'on sentait à travers la paroi abdominale simulait un cancer.

G. Jeanne, trente-deux ans, salle Sainte-Thérèse, 29, service de M. Cérans, entre une première fois en 1858, le 30 août.

Albuminurie sans œdème.

Accidents épileptiformes depuis onze mois, revenant tous les huit jours, puis les accès s'éloignent tous les mois, tous les trois mois.

Aménorrhée depuis deux ans. Sort à peu près dans le même état et rentre dans le service le 24 octobre 1859.

Albuminurie.

Ascite, œdème de toute la demi-inférieure du corps ; l'aménorrhée persiste ; diarrhée, accidents épileptiformes plus rares, toujours céphalalgie ; un peu de lenteur dans les réponses seulement, facultés intellectuelles conservées.

Morte le 6 novembre 1859, ayant eu la veille une attaque d'épilepsie avec convulsion, etc., etc.

Autopsie. — Foie ratafiné, 0,25 de droit à gauche ; apparences de cicatrices, tissu déprimé en certains points, quelques noyaux cancéreux ?? Tumeur dans l'épaisseur de la faux du cerveau, 0,44 ; d'avant en arrière, 0,015 ; de droite à gauche à la base, 0,030 ; verticalement, de forme triangulaire ; la base répondant au sinus longitudinal supérieur, qui est comprimé et

comme oblitéré. Un peu d'adhérence du sommet de la tumeur avec circonvolutions cérébrales un peu ramollies à ce niveau. Partout ailleurs tissu cérébral sain, pas d'épanchement ventriculaire ni d'autres tumeurs; poumons sains.

Les deux reins présentent les lésions types de la néphrite albumineuse.

Les ganglions mésentériques étaient engorgés.

M. Cruveilhier dit que cela ressemble à du tubercule.

M. Siredey objecte qu'il n'en a trouvé aucune trace dans aucun organe. Maintenant est-ce de la vérole? C'est très possible, la femme dont j'ai présenté la pièce, dit-il, avait dans l'aîne une trace de bubon suppuré.

6. M. Luys dit que depuis le mémoire de M. Béraud sur les altérations des ovaires dans la variole, mémoire qui a été publié dans les *Archives*, l'attention des médecins a été appelée sur ce point d'anatomie pathologique.

Il montre à la Société les ovaires d'une femme qui a succombé à une variole au quatrième mois de la grossesse, et dont les ovaires sont sains. Il n'y a ni ovarite périphérique, ni ovarite parenchymateuse, et probablement c'est à la grossesse que l'on doit cette immunité. Tout le monde sait, en effet, que pendant la grossesse la fonction ovarique reste stationnaire, et que l'ovaire est pour ainsi dire endormi.

7. M. Millard présente les intestins d'un homme qui a succombé à une perforation intestinale dans le troisième septénaire d'une fièvre typhoïde au vingt-cinquième jour de la maladie; le malade mangeait déjà et était en pleine convalescence.

8. M. Millard présente une deuxième pièce; ce sont les intestins d'un homme qui a succombé à la suite d'une gastrotomie pratiquée par M. Depaul pour un étranglement interne. L'étranglement siégeait à 1 mètre 47 centimètres de la valvule iléo-cæcale; le

bout supérieur avait 4 centimètres de diamètre, le bout inférieur 2 centimètres $\frac{1}{3}$. L'ouverture artificielle qui fut faite est à 75 centimètres au-dessus de l'obstacle.

L'étranglement était causé par une bride mésentérique qui formait une anse à concavité supérieure, et comme il n'y avait pas un véritable étranglement puisque le bout inférieur avait 2 centimètres $\frac{1}{3}$ de diamètre, si l'entérotomie avait été faite, le cours des matières se fût probablement rétabli spontanément, et le malade eût guéri. L'entérotomie eût été de beaucoup préférable à la gastrotomie.

M. Trélat s'élève contre l'expression de *gastrotomie*, dont le sens est multiple. Le mot *gastrotomie* signifie à la fois : *opération césarienne*, *ouverture de l'estomac*, et *ouverture de la cavité abdominale*. Pourquoi cette confusion de langage ? Ces mots à triple sens sont très nuisibles dans la science.

Quand l'étranglement est très haut, il y a moins de symptômes d'étranglement. Les lavements rendus sont fécaloïdes et peuvent en imposer à l'observateur.

M. Barth. Cette question, dit-il, est très intéressante, et il s'associe pleinement aux remarques de M. Trélat. La dilatation est d'autant plus grande que l'on est près de l'obstacle, et le diamètre de l'intestin dilaté est en raison directe de la durée des accidents. Il ne faut pas aller chercher l'obstacle, c'est toujours une méthode dangereuse.

M. Besnier fait remarquer que l'on avait déjà senti le défaut du mot *gastrotomie*, qui est ambigu et à triple sens, et que l'on avait proposé le mot de *laparotomie*, qui n'a pas pris droit de cité dans la science, et qui a été abandonné.

M. Barth. Une fois les obstacles levés, le calibre de l'intestin est quelquefois aplati ; le plan musculaire s'hypertrophie, et alors il y a accroissement d'action : les bosses intestinales que l'on voit dans les cas d'étranglement, à l'œil nu, les bruits intestinaux, en font foi.

M. Vidal rappelle que, dans la thèse de M. Labric, il y a des cas qui se sont aggravés par la tympanite intestinale et que la

ponction par le trocart explorateur, et par suite issué du gaz, a donné de bons résultats.

M. Parmentier présente une *tumeur formée par plusieurs ganglions lymphatiques devenus tuberculeux*. Cette tumeur a été enlevée en ville par M. Demarquay sur une jeune femme. Elle occupait le creux de l'aisselle droite et appuyait sur les vaisseaux axillaires. Après avoir bien isolé la tumeur en avant et en arrière, l'opérateur, avant de la séparer des parties profondes, eut soin de placer successivement plusieurs ligatures dans l'épaisseur du pédicule au-dessus du point où devait porter la section. De cette manière, on prévient toute hémorrhagie, et l'on ne s'expose pas à l'introduction de l'air en ouvrant une des veines qui vont se jeter directement dans l'axillaire.

En terminant, M. Parmentier rappelle que, dans un cas où M. Demarquay enlevait de l'aisselle une masse de ganglions devenus cancéreux, il ouvrit dans une très petite étendue la veine axillaire, malgré toutes les précautions prises pour éviter cet accident. Il saisit alors avec un ténaculum la paroi veineuse intéressée et jeta de suite une ligature. Le calibre de la veine fut un peu diminué; néanmoins, il n'en résulta aucun accident: il n'y eut ni phlébite ni œdème du membre indiquant une gêne dans la circulation en retour.

Il en a été de même dans deux autres cas semblables où Guthrie d'abord et plus tard Blandin avaient aussi jeté une ligature sur la paroi de la veine axillaire, qu'ils avaient blessée en faisant l'ablation d'une tumeur de l'aisselle.

M. Ronsard demande, selon son droit, à échanger son titre de membre honoraire contre celui de membre titulaire.

9. M. Caudmont a fait l'autopsie d'un homme qui présente un grand nombre de *lésions des voies urinaires*. Il a déjà, dans une séance antérieure, insisté sur ce point, qu'il y a des malades qui meurent d'une maladie des voies urinaires sans présenter de réaction notable.

Cet homme est entré à l'hôpital Necker affecté d'une rétention d'urine.

On le sonde, et on lui laissa une sonde à demeure pendant deux jours.

Puis, vingt-quatre heures après, le malade, ne pouvant pas uriner, fut sondé une deuxième fois. La sonde resta en place encore pendant deux jours, puis fut retirée, et le malade urina seul jusqu'à la fin de sa vie.

Trois jours après le retrait de la sonde à demeure, un gonflement phlegmoneux apparut au scrotum et se termina par une collection purulente.

Le ventre se tuméfit un peu; mais il n'y eut presque pas de fièvre, et la péritonite n'eut pas de signes bien tranchés.

À l'autopsie, faite par M. Caudmont, on trouva les reins fortement injectés, l'un à sa partie inférieure et l'autre à sa partie supérieure.

L'intestin grêle était fortement adhérent à la paroi postérieure de la vessie, mais n'était nullement perforé; la vessie était saine et ne communiquait en aucune façon avec l'intestin.

À gauche du réservoir vésical siégeait une tumeur considérable qui n'était autre qu'une cellule énorme qui communiquait par un grand puits dans l'intérieur de la vessie.

Puis, au niveau de la partie latérale droite de cet organe, il y avait encore une autre cellule qui communiquait par trois trous dans la vessie. La membrane muqueuse était détruite en ce point, et l'on voyait un abcès dans l'épaisseur de la tunique musculieuse, abcès qui a été le point de départ de la péritonite.

Dans le canal de l'urètre il existait des désordres énormes dus à la présence de la sonde à demeure. Toute la paroi inférieure était détruite.

Au niveau du bulbe, un abcès et une érosion, et le bulbe lui-même était envahi par l'inflammation; le côté droit était turgescent et rempli de sang coagulé.

Dans le tissu spongieux, il y avait une extravasation sanguine, puis un engorgement de la prostate.

À la partie postéro-supérieure du col vésical il y avait une valvule musculaire comme M. Mercier l'a décrite, valvule qui fut traversée par le bec de la sonde, et c'est cette perforation qui a permis au malade d'uriner sans être cathétérisé de nouveau pendant les derniers jours de sa vie.

M. Mercier a déjà depuis longtemps appelé, dans ses publications, l'attention des médecins sur le danger des sondes à demeure. Il a vu des gangrènes survenir au bout de trois à quatre jours. Depuis longtemps aussi il a signalé la présence d'une valvule au col de la vessie. Quant à cette cellule, qui communique par trois ouvertures dans la vessie, il est certain qu'il y a eu là rupture de la muqueuse; la muqueuse tapissait probablement trois diverticulums, puis elle s'est rompue, et les trois diverticulums se sont réunis par suite d'une rupture pour n'en faire qu'un seul. Maintenant, *M. Mercier* croit qu'antérieurement, dans un temps plus ou moins éloigné, le malade avait déjà été sondé, et c'est ce qu'il faudrait savoir.

M. Caudmont. Je crois être sûr que le malade n'avait pas été sondé avant son entrée à l'hôpital.

Le malade a eu un abcès des parois vésicales, puis une péritonite partielle et circonvoisine à l'abcès, péritonite qui de partielle est devenue générale et a été la cause de la mort.

M. Mercier. L'état du bulbe, le sang qui s'y trouvait coagulé, semblent prouver l'existence d'une inflammation qui a été le commencement d'un rétrécissement.

M. Delestre a présenté, il y a quelques mois, une pièce à peu près semblable à celle de *M. Caudmont*. Le malade avait succombé à une fracture du rachis; une sonde à demeure avait été laissée, parce que la miction était impossible, et chez lui il y eut aussi, dans un espace de temps fort court, une gangrène de l'urèthre.

M. Mercier. Chez les vieillards, le changement de sonde fréquent est mauvais.

Plus les sondes sont rigides, et plus il y a de chances de perforations de l'urèthre, et surtout chez les individus qui ont le col de la vessie malade. Aussi, si l'on change fréquemment les sondes, les causes de perforation seront plus renouvelées.

M. Delestre cite à l'appui de l'opinion de *M. Caudmont*, à savoir que souvent, dans les affections des voies urinaires, les malades meurent sans réaction générale, le cas d'un homme qui est mort dans son service d'une néphrite calculeuse sans que cette maladie ait été soupçonnée.

10. M. Chalvet présente, à l'appui de sa candidature, une fracture de la mâchoire inférieure au niveau de la symphyse du menton. C'était un épileptique qui est tombé en état de mal : le choc a donc été direct. Au vingt-huitième jour, il est survenu un érysipèle qui a marqué les désordres.

Le malade est mort le trente et unième jour de la maladie. Tous les appareils proposés pour ces sortes de fractures ont été employés; le seul qui a été vraiment utile est celui de M. Houzelot. Ce qui est curieux, c'est qu'il n'existe pas de traces de consolidation. Probablement la guérison a été entravée par l'inflammation érysipélateuse superficielle et par les mouvements que le malade exécutait.

M. Houel dit que cette fracture n'est pas médiane; qu'elle est latérale.

M. Chalvet présente une deuxième pièce :

C'est un *ped-bot* qu'il a recueilli chez un homme de cinquante-huit ans; il appartient à l'espèce *varus*.

L'astragale est dévié, le scaphoïde très allongé et réuni à l'astragale par un fibro-cartilage interarticulaire. Tous les angles des os du tarse sont polis, arrondis, et tous les muscles de la partie externe de la jambe qui ont été étirés sont envahis par le tissu graisseux.

Dans les paralysies, les uns ont prétendu que les muscles raccourcis devenaient graisseux, ainsi que ceux qui sont allongés; d'autres ont dit que cette altération graisseuse n'atteignait jamais que ceux qui étaient allongés.

M. Chalvet est tout à fait de ce dernier avis. Il a toujours vu, et il a fait de nombreuses autopsies de paralytiques, que les muscles raccourcis se conservaient, tandis que ceux qui étaient allongés subissaient la transformation graisseuse.

11. M. Liégeois présente une anomalie double des artères rénales. A droite, on trouve deux artères; à gauche, le rein est situé au détroit supérieur du bassin en rapport, en avant, avec la partie postérieure de l'utérus. L'uretère se subdivise en deux parties, et il n'y a pas de bassin.

La duplicité des artères vient bien à l'appui de la duplicité primitive de l'organe.

Le rein gauche seul était déplacé. Les capsules surrénales étaient, comme toujours, à leur place et n'avaient pas suivi le rein déplacé.

M. Houel. L'explication donnée par M. Liégeois me paraît avoir déjà été donnée. M. Cruveilhier l'explique par les hernies tuniquaires, M. Gosselin par les hernies synovipares.

Dans tous les cas où il existe un collet, l'oblitération n'est pas complète.

13. M. Meunier, comme titre antérieur, met sous les yeux de la Société un cas d'esthiomène de la vulve; au début, M. Guérin, dans le service duquel il est interne, avait cru à une affection ulcéreuse, à un lupus. L'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, furent donnés à haute dose; mais rien ne put entraver la marche de la maladie: ni la cautérisation avec le caustique de Vienne, ni la cautérisation avec l'acide chromique, ni le cautère actuel. Depuis le mois de juin, à cause de l'état cachectique de la malade, aucune cautérisation ne fut pratiquée, et la malade s'éteignit, cachectique et affaiblie. Elle était accouchée d'un enfant avant terme.

M. Alexis Moreau demande quel était l'état de l'enfant; et puis, en voyant le pannicule graisseux qui double la paroi abdominale de cette malade, il ne peut pas croire à une cachexie. Qui dit cachexie dit émaciation générale.

A cela M. Meunier répond que l'enfant n'offrait rien d'anormal; que la malade s'est littéralement éteinte; que tous les viscères abdominaux étaient sains, ainsi que ceux du thorax; que le foie seul était gras comme celui d'un phthisique; que les membres étaient amaigris. L'intérêt de cette présentation repose, au reste, sur ce point important, qu'avec une lésion pareille de la vulve il n'y avait pas de *retentissement ganglionnaire*.

13. M. Edmond Simon présente à la Société une *hémorrhagie de la glande pinéale*. C'était chez une femme de trente-cinq ans, qui était atteinte d'une céphalalgie intense ; à cela elle joignait une double amaurose, et l'olfaction était entièrement détruite.

On diagnostiqua une compression de la base du cerveau et du chiasma des nerfs optiques, et à l'autopsie on trouva une méningite de la base et une compression du chiasma par un épanchement fibro-plastique. L'amaurose double n'était pas survenue d'emblée ; la malade perdit l'œil droit en 1856, après trois ans de douleurs de tête très vives, et le gauche il y a quelques mois.

14. M. Edmond Simon présente une *hématocèle nettement limitée à l'ovaire gauche*. La vessie, l'utérus, le ligament rond, la trompe, sont sains ; l'ovaire, siège de l'hémorrhagie, est fixé à l'ovaire droit, au rectum et à l'utérus.

La tumeur était bilobée.

M. Parmentier ne voit pas du tout là une hématocèle de l'ovaire : c'est un kyste hémattique, et voilà tout. Pourquoi un nom nouveau ?

M. Simon. C'est toujours une hématocèle ; **M. le professeur Laugier** croit que le point de départ d'une hématocèle est toujours un corps jaune.

M. Parmentier. C'est alors une extension donnée au mot hématocèle, car l'hématocèle classique ordinaire n'est pas cela.

M. Ed. Labbé fait observer qu'il y a une grande analogie entre la pièce présentée et l'épanchement de sang dans la tunique vaginale. Souvent, dans l'hydrocèle, le liquide est d'abord citrin, clair, limpide, et ensuite il devient fortement coloré de sang. C'est une même maladie, mais à des phases différentes.

M. Lhuys regrette que les renseignements recueillis par **M. Simon** soient incomplets.

M. Voisin dit que le mot hématocèle, employé pour la première fois par **M. Nélaton**, a été créé par lui pour désigner une collection sanguine sous-péritonéale, ou intra-péritonéale et rétro-utérine suivie d'anémie très rapide de péritonite, et accompagnée de tu-

meur que l'on peut apprécier et par le toucher rectal et par le toucher vaginal, et que dans le cas présent rien de tout cela n'existe. Ce n'est pour lui qu'un simple kyste ovarique sanguin. Il est entièrement de l'avis de M. Parmentier.

15. M. Duchaussoy présente à la Société un lipome qu'il croit très intéressant, et quant à son siège, et quant à son mode de développement.

Il a enlevé ce lipome à une jeune femme de vingt-sept ans. Il y a dix ans, cette malade fit une chute sur le bras. Il survint un gonflement à l'endroit de l'ecchymose qui avait succédé à la contusion, un peu en dedans du V deltoïdien.

Depuis, cette dame ressentit toujours à l'endroit de la contusion une petite tumeur qui n'a jamais disparu, et qui est le lipome qu'il a enlevé.

Ce serait donc un lipome consécutif à une contusion.

De plus, ce lipome était en même temps sous-cutané et sous-aponévrotique.

M. Guyon objecte à M. Duchaussoy que rien dans son observation ne prouve que le gonflement, que la tumeur n'existassent pas avant la contusion, antérieurement à la chute.

M. Houel est de l'avis de M. Guyon. A la suite de l'ecchymose une petite tumeur apparaît, est-ce un épanchement de sang? Rien ne le prouve.

M. Liégeois. Le siège, dit-il, est intéressant; les lipomes profonds sont rares; il a vu un lipome profond et récidivé à la cuisse, et M. Michon, dans le service duquel se trouvait le malade, avait assigné un caractère particulier aux lipomes profonds. La tumeur serait huileuse, et il avait expliqué ce cas pathologique par un phénomène physiologique, à savoir : que la graisse des parties profondes est plus molle, moins concrète que celle des parties superficielles.

Ce fait ne serait pas toujours vrai, et le cas présent donnerait un démenti à l'opinion de M. Michon.

M. Trélat a vu des lipomes superficiels qui avaient un siège sous-

cutané, et qui étaient composés de graisse ténue, c'étaient des tumeurs vierges de tout travail inflammatoire.

Il a vu aussi des lipomes coriacés situés profondément.

Il ne peut pas admettre l'étiologie donnée par M. Duchaussoy. Dix ans se sont écoulés, et ce temps, depuis la contusion jusqu'à la production de la tumeur, l'empêche de voir là-dedans une relation de cause à effet.

M. Duchaussoy. Ce n'est pas une opinion personnelle qu'il défend, M. Cruveilhier a soutenu la même thèse que lui dans le troisième volume de son *Anatomie pathologique*. Ce n'est pas un fait unique dans la science, il y en a douze cas.

M. Trélat. Quand on aura pu observer le mode de développement des lipomes à la suite de contusions; qu'un de nous, par exemple, aura suivi pendant toute son évolution la tumeur, alors on pourra admettre l'étiologie avancée par M. Duchaussoy; mais jusqu'à présent rien ne vient prouver cette manière de voir, et il ajoute que rien n'est plus trompeur que le récit des malades, quelque intelligents qu'ils soient.

M. Cruveilhier fait cependant observer, à l'appui de l'opinion de M. Duchaussoy, que les portefaix sont souvent affectés de lipomes aux épaules.

Mais ce qui l'a frappé, c'est le double siège du lipome présenté. C'est la première fois qu'il voit un lipome sous-cutané et sous-apo-névrotique.

Dans la séance suivante, M. Trélat prend la parole pour réfuter l'assertion de M. Duchaussoy, qui donnait comme étiologie à un lipome du bras une contusion. L'opinion de M. Duchaussoy, dit-il, me semblait tellement hypothétique et tellement en désaccord avec ce que je savais sur la cause et le mode de production des lipomes, qu'à peine rentré chez moi je me suis mis en quête des observations que M. Duchaussoy avait citées à l'appui de son hypothèse. M. Duchaussoy a semblé étonné de l'ignorance de la Société anatomique au sujet du mode de production des lipomes, et alors il a cité les observations qu'il a empruntées à l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier; mais il faut faire attention; il faut se bien pénétrer du sens que l'on donne, dans la science, au mot

contusion, et alors on verra que tous les cas que M. Duchaussoy a invoqués à l'appui de son assertion ne sont pas dus à une contusion, mais à une pression lente et longtemps prolongée. C'est l'histoire des lipomes qui se développent à la suite de la pression d'un chapeau, d'une cravate, d'un éventaire.

C'est donc, je le répète, à une pression lente, et non à une contusion que l'on doit le développement de ces tumeurs. Mais là ne se sont pas bornées nos recherches. J'ai consulté la thèse de M. Velpeau sur la contusion, M. Velpeau, on le sait, est le représentant par excellence de la théorie qui veut que le sang une fois épanché s'organise, et donne naissance à des loupes, des corps fibreux, etc., et aux variétés de cancer. Mais M. Velpeau donne cette opinion sous toute réserve, il ne se prononce pas; ce n'est qu'une conjecture. J'ai feuilleté les *Archives*, le *Compendium*, le *Journal* de M. Malgaigne, la *Gazette hebdomadaire*, et dans aucun de ces recueils je n'ai trouvé aucun exemple de lipome succédant à une contusion.

Les loupes, les mélicéris, les stéatomes ont pu se développer à la suite d'une contusion; mais on n'a jamais vu cette étiologie pour le lipome. Au reste, je ne m'en suis pas tenu là, ajoute M. Trélat, j'ai été consulter M. Velpeau, et il m'a dit en présence des élèves et de plusieurs de nos collègues qu'il n'avait jamais vu de lipome se développer à la suite d'une contusion.

Nous trouvons aussi un appui dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, que M. Duchaussoy citait comme ayant trouvé des faits semblables au sien : *Le sang extravasé*, dit M. Cruveilhier, *ne s'organise jamais*. En citant textuellement cette opinion de notre président, je n'ai pas voulu le mettre en contradiction avec lui-même, mais j'ai seulement voulu démontrer que M. Duchaussoy avait mal interprété les faits qu'il empruntait à notre président, car en les lisant avec attention, on voit dans tous que c'est à une pression lente et non à une contusion qu'ont succédé les lipomes.

Puis j'ai, en compulsant tous les ouvrages que je viens de citer, trouvé que le siège du lipome était très fréquent à la partie supérieure et externe du bras.

Je peux donc terminer cette argumentation par les propositions suivantes :

4° Toutes les observations de lipomes publiées dans les auteurs

nous prouvent, contrairement à ce qu'a avancé M. Duchaussoy, que le lipome ne se développe pas à la suite d'une contusion, mais à la suite d'une pression lente et souvent répétée.

2° Que le lipome est très fréquent au bras, dans l'endroit où M. Duchaussoy l'a observé chez sa malade, et qu'il est très probable qu'il existait avant la contusion.

3° Que le cas qu'il a mis sous les yeux de la Société ne nous permet en aucune façon d'admettre l'étiologie qu'il lui a donnée.

TUMEUR DU CERVELET. — MORT TRÈS RAPIDE. — PEU DE SYMPTÔMES ANTÉCÉDENTS. — Observation recueillie à l'hôpital Lariboisière par M. ROCHÉ, interne de M. Tardieu.

Le 10 novembre 1859, à minuit, Marguerite-Élisabeth Ruault, femme Deriberpré, était apportée sur un brancard pour être admise à l'hôpital Lariboisière. Cette femme, âgée de vingt-six ans, très pâle, venait, disait-elle, pour ses suites de couches, et elle se plaignait d'une céphalalgie très vive. Je la fis coucher au n° 7 de la salle Sainte-Joséphine, dans le service de M. Tardieu, et je l'examinai immédiatement. Elle me raconta qu'elle était sortie de la salle d'accouchement de l'hôpital sept jours auparavant, qu'elle allait assez bien alors, quoique encore faible; que depuis sa sortie elle s'était fatiguée en faisant plusieurs courses assez longues, et qu'elle avait depuis cinq jours un mal de tête qui, d'abord léger, avait fini par devenir très intense. La veille de son arrivée, elle avait eu plusieurs nausées; le matin même, un ou deux vomissements bilieux. Depuis vingt-quatre heures elle n'avait pas été à la selle, et depuis ce temps la céphalalgie avait encore augmenté. Quoique continu, le mal de tête se faisait surtout sentir dans des crises qui revenaient fort souvent. Alors la malade se sentait comme folle, il lui semblait que sa tête se fendait.

Du côté des autres organes, aucun phénomène à noter. L'abdomen n'était ni distendu, ni douloureux à la pression; le poulx était naturel, assez plein, calme (64 pulsations). La malade respirait bien, ne toussait pas; l'auscultation et la percussion ne révélaient rien d'anormal du côté du poumon comme du côté du cœur.

Je prescris : compresses froides sur le front, lavement simple, une pilule d'opium.

Après mon départ, la malade est plus tranquille ; au bout d'une demi-heure, elle s'endort. A une heure du matin, la veilleuse en s'approchant du lit est tout étonnée de la trouver morte.

L'autopsie est faite le samedi 12.

Les intestins sont sains extérieurement et intérieurement. L'utérus n'est pas encore complètement revenu sur lui-même ; il ne présente pas tout à fait le double de son volume normal. Du reste, il n'offre rien de remarquable. Le foie est légèrement congestionné. Les reins ont le volume normal, mais ils offrent une coloration d'un violet noirâtre. A la coupe, le sang s'échappe de toutes parts en gouttelettes épaisses ; il n'y a aucune différence de coloration entre la substance corticale et la substance tubuleuse. La vessie est médiocrement distendue. J'ai pu recueillir une épreuve d'une urine jaune et trouble laissant déposer au fond du vase une épaisse couche de flocons blanchâtres. L'analyse faite par M. Ducom, pharmacien en chef de l'hôpital, permet d'y reconnaître une grande quantité d'albumine, mais les divers moyens d'investigation n'ont pu faire trouver du sucre.

Le cœur est pâle, son volume est normal. Le ventricule droit est exsangue ; le gauche renferme un caillot jaunâtre assez volumineux, mais peu consistant, et s'étendant peu avant dans l'aorte. Le poumon gauche est sain ; on y remarque à peine une légère congestion hypostatique qui s'observe aussi sur le poumon droit. Ce dernier organe renferme, en outre, à son sommet une masse assez volumineuse de tubercules jaunes crus, dont je n'avais pas constaté la présence sur le vivant.

Le cerveau présente à sa base une sérosité jaunâtre assez abondante ; à la partie supérieure, les hémisphères adhèrent assez à la substance cérébrale pour qu'il soit difficile de les en séparer, mais il n'y a pas d'infiltration sous-arachnoïdienne. A la base, du côté gauche, entre le cervelet et la protubérance, se trouve une tumeur du volume d'une grosse noix, reposant sur le pédoncule cérébelleux moyen, qui est considérablement élargi, et qui a éprouvé en même temps un assez haut degré de ramollissement. Le bulbe, la partie latérale gauche de la protubérance sont aussi ramollis, et malgré les plus grandes précautions je n'ai pu empêcher ces deux

organes de se séparer l'un de l'autre en grande partie. La tumeur est complètement recouverte par l'arachnoïde, et elle est attachée au bulbe, à la protubérance et au cervelet par de nombreux prolongements filamenteux. Le grand ramollissement des parties voisines m'a empêché de me livrer à une dissection attentive de la pièce, comme je me l'étais proposé, et j'ai été obligé de la placer de suite dans l'alcool pour éviter sa destruction totale. Toutefois, j'ai pu constater les détails suivants :

La tumeur est placée dans une loge arrondie creusée aux dépens de la protubérance, du bulbe et du cervelet; en bas et en dehors cette loge n'est formée que par l'arachnoïde. La protubérance a subi une dépression notable, qui s'étend depuis sa partie médiane. Le nerf trijumeau est plus éloigné de la ligne médiane que celui du côté opposé. Il est placé au point le plus élevé de la surface courbe qui circonscrit la tumeur. La partie sur laquelle il était implanté était tellement ramollie que je n'ai pu la conserver. La partie latérale gauche du bulbe est légèrement excavée; c'est en ce point que les adhérences arachnoidiennes sont les plus fortes et les plus serrées. Du côté du cervelet, l'amygdale est aplatie à sa partie externe, le lobule du pneumo-gastrique n'est pas apparent. Le diamètre antéro-postérieur du cervelet, dans sa partie externe, est considérablement diminué. De la base de l'amygdale, en dehors, part un pédoncule de substance cérébrale blanche très molle, dirigé en bas et en dehors, allant se rendre à un point de la tumeur situé à peu près au milieu de sa partie postérieure et externe. Dans ce point la tumeur est considérablement ramollie.

Quant à la tumeur, sa consistance est ferme et égale partout, sauf dans le point que je viens de citer. La coupe fraîche laisse voir à la périphérie une couche uniforme d'un blanc presque nacré. De cette couche semblent partir des faisceaux fibreux entre lesquels on aperçoit une substance rougeâtre semblant très vasculaire, et parsemée de petits granules semi-transparents. Le centre est d'un rouge plus foncé, et paraît un peu moins dur que la périphérie. Toutefois, il est bien plus consistant que la partie ramollie déjà signalée à la partie externe et postérieure de la tumeur. Une tranche a été remise à M. Luys, qui doit l'examiner au microscope, et faire connaître le résultat de ses recherches à la Société anatomique.

Après avoir trouvé une lésion aussi grave, je m'efforçai de re-

cueillir le plus de renseignements possibles sur les antécédents.

Le 24 octobre, elle entrait à la salle Sainte-Anne (service d'accouchement); elle accouchait quelques heures après son arrivée. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, l'état général a été excellent, jamais elle ne s'est plainte de la tête; elle a demandé de bonne heure à manger, et elle sollicita elle-même l'exéat, qui lui fut accordé le 3 novembre.

Elle habitait depuis cinq mois seule, tous les matins elle allait travailler dans un atelier, et elle n'a cessé que le jour où elle est entrée pour accoucher à Lariboisière. Jamais elle n'avait gardé le lit pendant le cours de sa grossesse.

Après son accouchement, les jours qui ont suivi sa sortie de l'hôpital, elle a fait de nombreuses démarches pour placer son enfant; elle a beaucoup marché, s'est sentie fatiguée, et a commencé à se plaindre de la tête. Bientôt elle fut forcée de garder le lit, la céphalalgie augmenta. Puis survinrent des crises si fortes qu'elle poussait des cris, se roulait sur son lit, se frappait la tête contre le mur en disant qu'il lui était impossible de résister. De plus, signe important dont elle ne m'avait pas parlé à son entrée à l'hôpital, *le côté gauche surtout était douloureux, et la tête restait constamment penchée en arrière sur l'épaule du même côté.* Néanmoins, le jeudi 10 elle se sentit mieux, et sortit pour aller conduire son enfant aux Enfants-Trouvés. Au retour de cette course, elle se sentit plus mal que d'habitude, elle eut peine à regagner son domicile, les crises revinrent plus intenses. Enfin, dans la nuit, n'y pouvant plus tenir, elle se fit conduire de nouveau à Lariboisière.

Ajoutons encore que cette femme n'avait jamais eu de maladies sérieuses, seulement elle était accouchée pour la première fois il y a deux ans, et avait eu beaucoup de peine à se remettre de sa couche.

Kyste enflammé et suppuré du lobe gauche du corps thyroïde.

— Observation par M. LEMARIÉ.

Pelet (Jean), âgé de vingt-trois ans, terrassier, entre à l'hôpital Cochin le 24 septembre 1839 pour une tumeur de la région hyoïdienne. Il y a deux ans, le malade sentit dans la même région

une petite tumeur mobile qui grossit peu à peu, s'enflamma, supura et laissa un trajet fistuleux. A son entrée dans le service de M. Gosselin, nous constatons, au niveau du corps thyroïde, une tumeur grosse comme les deux poings, saillante, surtout à gauche et sur la ligne médiane, beaucoup moins à droite; dure, rouge, douloureuse à la pression, non bosselée, cette tumeur suit obscurément les mouvements du larynx dans la déglutition et gêne beaucoup les mouvements du cou. Le malade se lève tout d'une pièce, soutenant sa tête dans ses deux mains. En le voyant dans ces mouvements, on pense à une lésion de la colonne vertébrale. En examinant la tumeur, le chirurgien de l'hôpital Cochin croit sentir une fluctuation obscure et surtout très profonde, qui lui indique une poche dans la tumeur. Un stylet introduit dans le trajet resté fistuleux depuis deux ans n'arrive point dans la cavité. Le 25 septembre, large incision sur la ligne médiane. M. Gosselin incise couches par couches; déjà il est bien à 3 centimètres de profondeur sans avoir rencontré de foyer. Un nouveau coup de bistouri donne issue à une grande quantité de pus fétide, aéré, grumeleux. Le doigt introduit dans la cavité va jusqu'à la colonne vertébrale sans rencontrer la trachée. La poche est énorme; on en retire des concrétions ossiformes, noires, inégales et comme ramifiées. L'air sort abondamment par la plaie et fait soupçonner une communication avec la trachée. Mèche et injections iodées tous les jours. La constitution du malade est très appauvrie; il est pris de diarrhée le 28. Le sous-nitrate de bismuth, les opiacés, le cachou, le tannin, sont impuissants à l'arrêter. A gauche de la poche, qui a été ouverte, une tumeur fluctuante se développe. M. Gosselin fait deux contre-ouvertures le 2 octobre. L'injection faite dans la poche principale ressort en petite quantité par ces contre-ouvertures et révèle une petite communication entre les deux foyers. Le malade continue de maigrir; la diarrhée persiste; il a quelques frissons et meurt d'infection putride le 10 octobre.

A l'autopsie, on trouve que la poche, qui est considérablement revenue sur elle-même depuis l'incision, offre bien encore le volume d'un gros œuf de poule; les parois, très épaisses (2 et même 3 centimètres dans quelques endroits), ont l'apparence fibro-cartilagineuse et sont doublées d'une espèce de fausse membrane tomenteuse, inégale, ayant presque 1 centimètre d'épaisseur. Les

vertèbres sont intactes, ainsi que leurs articulations. La trachée, fortement déviée à droite, n'est pas malade ; la carotide gauche est en rapport immédiat avec la paroi postérieure de la tumeur.

KYSTES MULTIPLES DU CREUX POPLITÉ. — Observation
par M. LIÉGEAIS.

Sur un sujet de l'École pratique, je trouvai dans le creux poplité, sur la partie postérieure et supérieure du condyle externe, une tumeur de la grosseur d'une aveline, d'une coloration gris-rosé, présentant à sa surface une série de bosselures au nombre de six ou sept, toutes ces bosselures étant fluctuantes. Sa situation exacte correspond à la partie externe de la coque aponévrotique du muscle jumeau externe. La dissection de cette tumeur fut faite avec tout le soin désirable, et je parvins sans trop de difficulté à l'isoler du tissu cellulo-graisseux ambiant. Quand l'isolement fut achevé, je reconnus que cette tumeur avait pris alors une forme allongée, en massue, dont la partie étroite, sous forme de pédicule, adhérait à la coque fibreuse du jumeau externe, dans la partie correspondante à la réflexion de la synoviale articulaire. L'examen de la séreuse à ce niveau me fit apercevoir justement une dépression, sorte de cul-de-sac sans ouverture, dépression que l'on exagérât en tirant sur la tumeur extérieure. L'autre extrémité de celle-ci était adhérente à la capsule fibreuse, et le corps était complètement libre. J'ouvris ensuite la tumeur, et je vidai un premier kyste, puis un second, puis un troisième, puis un quatrième ; le liquide qui s'écoula était visqueux, gélatiniforme, de coloration blanc-jaunâtre. Il me fut permis alors de constater que cette tumeur était en réalité formée de quatre kystes dont le volume allait en augmentant du pédicule à la base ; que ces kystes étaient séparés les uns des autres par des cloisons interceptant toute communication entre eux ; que les trois premiers avaient une disposition régulière, mais que le dernier, c'est-à-dire celui qui correspond à la base de la tumeur plus volumineuse que les autres, avait conservé une forme bosselée due à une sorte de hernie de la partie interne à travers la partie externe. L'examen microscopique ne fut

fait ni pour le contenant ni pour le contenu : le cadavre était livré à la dissection depuis une quinzaine de jours.

En face de cette disposition, l'idée qui me vint fut la suivante : une hernie s'était produite à travers les fibres de la capsule, et la synoviale herniée avait contracté sur un trajet des adhérences multiples, adhérences à son origine d'abord et sur différents points de son trajet. Je cherchai alors les preuves de cette assertion, qui n'était pour un instant dans mon esprit qu'une pure hypothèse, et j'examinai s'il n'y aurait pas quelque disposition qui me révélât ce mécanisme. Je trouvai d'abord sur le pourtour du pédicule une sorte de bourrelet bien distinct; seulement, sur une partie de son contour et donnant à l'esprit l'idée d'un anneau dans lequel se serait engagée la synoviale, je vis que la synoviale présentait par place, et en un grand nombre d'endroits, de petites taches variées dues à leur injection sanguine; de plus, examinant la disposition de la synoviale dans la partie opposée, au lieu où correspondait la tumeur, je reconnus manifestement que le cul-de-sac de celle-ci, dans le point qui correspondait à la capsule du jumeau interne, était réduite à une lame mince dans l'étendue d'un demi-centimètre environ et tendue à la manière d'un rideau sur les fibres séparées de la capsule à ce niveau. La synoviale s'enfonçait dans cette ouverture, et cet enfoncement léger, il est vrai, pouvait être exagéré d'une façon très facile en soufflant sur lui.

De cette observation, je conclus alors que, chez ce malade, il y a eu probablement, à une certaine époque, épanchement de l'articulation; que le liquide soumis à une pression, surtout de la part des jumeaux, a dû repousser à l'extérieur une synoviale à laquelle manquait comme support, en un certain point, le tissu fibreux extra-articulaire, et que cette synoviale, herniée en un point, a contracté sur son trajet des adhérences multiples de la même façon que, dans certains cas, les parois de la tunique vaginale, des bourses, après la descente du testicule, contractent entre elles des adhérences partielles, limitant alors de petites poches kystiques qui constituent l'hydrocèle enkysté de la tunique vaginale. C'est véritablement la seule explication plausible. On ne peut invoquer ici le développement exagéré des follicules synoviaux de M. Gosselin, et, à supposer qu'on serait partisan de cette explication, on ne comprendrait pas ces kystes multiples séparés par un étrangle-

ment, constitués par une sorte d'enveloppe extérieure commune aboutissant à l'articulation. La pièce a un intérêt d'autant plus grand que jusqu'ici je ne sache point qu'on ait signalé à ce niveau la présence de kystes dus à une hernie de la synoviale. On n'a parlé que des kystes dus à l'hydropisie des bourses séreuses.

Un autre intérêt se tire de la petitesse même de la tumeur; on comprend que si ces kystes multiples avaient pris un développement considérable, ils n'auraient pas manqué de contracter avec les parties voisines des rapports intimes, qui auraient certainement déjourné l'exactitude dans l'observation.

Anomalies rénales observées sur un sujet de l'école pratique.

Le rein droit est dans sa position normale; deux artères naissent immédiatement au-dessous de la mésentérique inférieure; une seule veine, une uretère avec sa situation et sa forme normale.

Le rein gauche est situé sur le détroit supérieur, au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Un rapport en avant avec le péritoine, la trompe et l'ovaire, qui, à la suite de péritonite locale, indiquée par des adhérences, sont appliqués sur le feuillet pariétal du péritoine. L'uretère arrivé à 5 centimètres du bord interne du rein se divise en deux canaux secondaires, ceux-ci se subdivisent en canaux multiples, dont les inférieurs, au nombre de sept à huit, vont embrasser les papilles, placées dans une dépression ovalaire de la face antérieure du rein; les supérieurs se divisent en trois ou quatre canaux, qui vont embrasser les papilles placées superficiellement, et correspondent à la partie supérieure de la face antérieure. Deux artères, l'une venant à un millimètre environ au-dessus de la bifurcation de l'aorte, l'autre à la bifurcation même, exactement au sommet de l'angle que font les deux iliaques en se séparant. L'artère rénale supérieure se divise en deux branches, l'une qui plonge dans le rein, au niveau des papilles supérieures, l'autre qui contourne le bord externe du rein pour venir se rendre vers les papilles inférieures. L'artère rénale inférieure pénètre dans le rein au milieu des papilles inférieures; une seule veine rénale.

Le rectum est à droite.

GROSSESSE TUBAIRE DROITE, KYSTE DU VOLUME D'UNE AMANDE.

Lebec (Augustine), salle Sainte-Thérèse n° 45, service de M. Aran, vingt-huit ans. Constitution médiocre, lymphatique, bien réglée; deux enfants, une couche heureuse, malade après la seconde; elle s'était levée le troisième jour et avait été atteinte d'une périmétrie.

Ulcération du col, cautérisation au fer rouge et saignée cinq mois sans résultat par Valleix, qui essaye de redresser l'utérus et d'appliquer en vain un pessaire.

Mal réglée depuis, douleurs très vives pendant les règles et le coït. Elle entre une première fois à Saint-Antoine le 42 août 1859.

Pelvi-péritonite à la suite d'un refroidissement brusque pendant les règles, qui se suppriment; sangsues et frictions mercurielles; rétroversion utérine, adhérences de l'utérus à gauche, rénitence à ce niveau. Sort en assez bon état le 28 août.

La malade ne s'est jamais rétablie. Excès de travail et violences de la part de son mari; plus mal réglée encore; perte de sang continue depuis un mois, peu abondant d'ailleurs.

Le dimanche 13 novembre, excès de travail; le soir, douleurs très vives dans le bas-ventre. Dans la nuit, son mari rentre ivre chez elle et se livre six fois au coït; douleurs atroces dans le ventre, syncopes nombreuses, vomissements verts et souffrances très vives dans le ventre; entre le lendemain à l'hôpital, pâle, exsangue. Poulx filiforme (158 pulsations), refroidissement général, ventre énormément distendu. On croit à une hématocele avec péritonite; mais on ne trouve pas de tumeur par le toucher, et l'on incline vers l'existence d'une péritonite. Opium 0,20 et glace sur le ventre, eau chaude aux pieds et autour des jambes, vin de Bordeaux.

Mort le 14 après une longue agonie.

Autopsie. — Deux litres de sang liquide dans tout le ventre, jusqu'à la face supérieure du foie.

Un caillot de deux livres remplissait tout le bassin. Au toucher pratiqué même sur le cadavre, on ne sent pas de tumeur. Rien autre chose qu'une rétroversion.

Grossesse tubaire droite, kyste du volume d'une amande, dans lequel M. Robin retrouve les traces d'un placenta; déchirure de la

trompe en arrière du kyste. Un caillot situé en avant de l'ovaire, derrière la trompe, communiquait encore par la perforation de la trompe avec le kyste. On n'a pas retrouvé l'embryon.

Nombreuses altérations des ovaires.

Liquide purulent dans le pavillon de la trompe droite, hypertrophiée, distendue.

Métrite interne modèle, épaisseur de la muqueuse, villosités, etc.

Rate et foie petits, anémies flasques, décolorées, ainsi que les poumons sains d'ailleurs. Rien au cœur, très petit, vide.

M. Guerlain met sous les yeux de la Société la colonne vertébrale et le bassin d'un homme qui est tombé de 20 pieds environ sur un poutrage de fer.

Fracture du sacrum du bassin par action directe.

Arrachement des apophyses transverses des vertèbres lombaires par action musculaire.

Écrasement de la première vertèbre lombaire.

Déchirure des ligaments inter-épineux et sus-épineux.

Fracture du sternum par cause indirecte.

Raymond (Antoine), quarante-huit ans, serrurier, mulâtre, né à Rueil, département de Seine-et-Oise, homme fortement constitué et très bien musclé. Jamais de maladies antérieures; marié et sans enfants.

Le 17 novembre 1859, en travaillant au poutrage en fer au deuxième étage en construction de la Bibliothèque impériale, la planche sur laquelle il était ayant manqué, il tombe sur les poutres de fer du premier étage. Il tombe sur le dos et perd connaissance un instant seulement. Il n'y a eu ni selles, ni émission involontaire d'urine.

On l'apporte à trois heures à l'hôpital de la Charité.

A la visite du soir ce malade, qui a son entière connaissance, répond fort bien à toutes les questions, accuse seulement de la douleur dans la poitrine à gauche et dans le dos; il ne peut se remuer dans le lit, se tient dans le décubitus dorsal et demande à avoir la tête élevée.

Je constate une plaie linéaire du cuir chevelu sur le pariétal

droit. Cette plaie est une simple écorchure qui a à peine saigné.

Une déformation du sternum fort marquée. La première pièce de ces os a chevauché sous la seconde, et l'on trouve là un enfoncement de 2 centimètres environ. Cet enfoncement est borné, à droite et à gauche, par deux saillies que j'attribue à une séparation des cartilages costaux; la saillie est plus prononcée à gauche. J'essaie de réduire cette luxation en tirant directement sur le fragment inférieur, mais inutilement. Ces tentatives sont peu douloureuses. Cependant le malade accuse un peu plus de douleur dans la poitrine à gauche; l'auscultation n'y montre que quelques râles muqueux. Ni la poitrine, ni le ventre, ni les jambes, ne présentent trace de violence extérieure; pas de contusion, pas d'ecchymose.

Le malade remue les jambes quand on le lui dit, seulement avec peine; il semble qu'elles soient roides. Quand on le pince ou le pique, il sent bien. Cependant il me semble que la sensibilité est moins délicate qu'elle ne devrait être.

Comme le malade ne peut se retourner sur le côté et qu'il se plaint de souffrir du dos, comme, d'autre part, il assure être tombé sur les reins, je le fais retourner avec précaution par deux infirmiers.

Je trouve à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, un enfoncement d'un pouce environ. Cet enfoncement considérable est surmonté d'une saillie; mais latéralement on ne sent aucune déformation.

Cette saillie n'est pas mobile, ce qui empêche de penser à une fracture de l'apophyse épineuse; d'ailleurs, la pression ne réveille aucune douleur.

Malgré l'absence des symptômes ordinaires de fractures de la colonne vertébrale, sachant que le malade est tombé sur le dos, et comme il assure n'avoir jamais eu de déformation du rachis, je conclus qu'il a une fracture de la colonne lombaire par action directe.

Cette fracture du rachis expliquerait assez bien la luxation du sternum par action musculaire. En effet, la courbure de la colonne étant exagérée, le sternum s'est trouvé tiraillé entre deux forces opposées, les muscles du ventre et ceux de la tête, et il s'est rompu.

Le malade étant remis sur le dos, on lui fait une saignée et on lui donne une potion calmante.

Le pouls était à 118 pulsations, la respiration fréquente, et les douleurs de poitrine augmentaient pendant les efforts d'inspiration. Le malade a uriné un peu depuis son entrée à l'hôpital.

Le 18, le pouls est comme hier, très fréquent, 120 puls. ; la respiration fréquente. Le malade a uriné seul ; mais il a éprouvé quelques fourmillements dans les jambes, surtout à droite. La sensibilité me semble plus obscure qu'hier ; les jambes sont roides, mais il les remue quand on le lui dit. Il répond fort bien à toutes les questions, se plaint de la poitrine, où l'on ne trouve encore une fois que des râles muqueux.

Le chevauchement du sternum n'a pas changé. M. Manec, pour le réduire, fait placer dans le dos du malade un coussin de telle sorte que le cou et les épaules portent à faux.

Une saignée est prescrite.

Le soir, les fourmillements ont disparu ; mais la sensibilité est encore un peu diminuée, quoique les mouvements volontaires se fassent avec un peu de douleur toutefois. Le malade n'a pas uriné ; je le sonde et retire un litre d'urine environ. Je lui donne un lavement purgatif, car il n'a pas eu de selles depuis deux jours.

L'enfoncement du sternum a diminué.

Le 19. Par le fait de la position, la luxation du sternum est réduite complètement.

La respiration est haletante, le pouls à 120, le facies altéré ; les râles muqueux de la poitrine sont plus nombreux ; les extrémités inférieures sont roides, il les remue lentement et à grand-peine ; il n'a pas eu de nouveaux fourmillements. Il a uriné seul, mais il n'a pas rendu son lavement purgatif.

M. Manec présente une potion avec l'oxyde blanc d'antimoine.

A la visite du soir je le trouve dans un état désespéré. Respiration haletante, pouls à 140, peau brûlante et baignée de sueurs, yeux fixes, facies altéré ; il répond à peine aux questions ; les membres inférieurs, roides, ne remuent plus quand on le lui dit. Il a eu des selles abondantes et a bien uriné.

Il meurt à sept heures et demie le soir, c'est-à-dire deux heures environ après ma visite.

Autopsie le 22, à dix heures du matin. — Je ne trouve aucune ecchymose sur la poitrine ni le dos, si ce n'est à la partie inférieure du sacrum.

Le cerveau est sain.

A l'ouverture de la poitrine, je constate une ecchymose dans l'épaisseur des muscles intercostaux, au niveau de la deuxième côte à droite.

Le tissu cellulaire du médiastin antérieur est infiltré de sang.

Le péricarde sain ne présente pas une seule goutte d'épanchement.

Le cœur, un peu volumineux, est sain.

Les poumons sont infiltrés, des deux côtés, d'une quantité énorme de sérosité sanguine qui s'écoule quand on coupe le tissu pulmonaire.

Le tissu du poumon, qui ne semblait pas altéré extérieurement, est, à l'intérieur, rouge, comme splénisé.

Les plèvres, saines, ne présentent pas trace de sérosité ni de sang.

Le diaphragme présente à droite, près de son insertion aux côtes, une petite ecchymose.

Le foie, volumineux, n'est pas injecté ni altéré.

Le péritoine a quelques adhérences avec le colon droit, mais il n'y a pas d'épanchement péritonéal.

Intestins sains.

Reins ecchymosés extérieurement, mais sains quand on les coupe.

La rate présente en un point fort circonscrit dans son intérieur, près de l'extrémité inférieure, un point ramolli. Extérieurement elle semblait ecchymosée partout en avant, mais cela tenait à son contact avec les intestins.

Vessie saine, ne contient pas d'urine.

Dans le petit bassin, tout le tissu cellulaire est infiltré de sang, les muscles en sont infiltrés.

En dehors et en arrière, le long des apophyses épineuses du sacrum, épanchement de sang tel que cet os est décollé dans les parties molles, qui le recouvrent. Cet épanchement ne remonte pas au delà de la seconde pièce de l'os sacrum, mais va jusqu'au coccyx.

Sternum. — 1° Séparation complète entre la première et la seconde pièce du sternum. La première pièce peut chevaucher de

4 centimètre $4/2$; sous la seconde, les cartilages des deuxième côtes sont, eux aussi, séparés du sternum à ce niveau.

Cette luxation, ou si l'on veut fracture, au niveau de la soudure de la première avec la seconde pièce du sternum, a été trouvée pendant la vie. Mais une seconde fracture du sternum, fracture franche, sans déplacement, et laquelle rend compte du chevauchement, n'avait pas été soupçonnée.

Cette seconde fracture, oblique de haut en bas, de droite à gauche, allait du bord inférieur du cartilage de la troisième côte droite au bord supérieur du cartilage de la quatrième côte gauche ; elle est parfaitement dans la continuité de la troisième pièce du sternum, et non dans une articulation.

Cette seconde fracture explique comment la première pièce du sternum a pu se glisser sous la seconde, celle-ci étant mobile et pouvant, grâce à cette seconde fracture, basculer en avant. Enfin, fracture transversale au niveau de la soudure de la quatrième paire du sternum avec l'appendice xiphoïde. Cette fracture, ou luxation, a un petit chevauchement de 4 millimètre environ, sensible à la face interne du sternum.

Sacrum. — Fracture fort oblique de haut en bas, de droite à gauche, passant par le dernier trou sacré, et ayant refoulé en dedans ce fragment de l'os sacrum. Ce fragment n'est pas mobile en dehors. La violence a donc agi de dehors en dedans.

Coccyx. — Luxé dans son articulation avec la dernière pièce du sacrum, en dedans aussi.

Bassin. — Fracturé à droite. La branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis est fracturée. Cette fracture oblique, de bas en haut, de dedans en dehors, siège à l'extrémité pubienne du trou sous-pubien.

Outre son obliquité de bas en haut, cette fracture est encore oblique d'avant en arrière, c'est-à-dire que le fragment externe, ou ischial, est plus long, va jusqu'à la limite pubienne du trou sous-pubien, tandis que l'extrémité du fragment interne ou pubien se limite au milieu du trou sous-pubien en dedans.

2° Fracture de la branche horizontale du pubis. Cette fracture est aussi oblique de bas en haut et de dehors en dedans ; elle est au pied de l'éminence iléo-pectinée ; elle est, comme celle de la

branche ascendante de l'ischion, oblique par rapport aux deux tables de l'os. En outre, il y a écartement entre les fragments.

Si l'on considère la direction de la fracture, on voit que la violence a dû agir sur l'ischion ou auprès de cette tubérosité en tendant à faire remonter la moitié externe du bassin droit.

C'est donc sur l'ischion droit que le malade a dû tomber. Cette idée me semble encore confirmée par la *subluxation*, que présente l'articulation sacro-iliaque droite.

Apophyses transverses des vertèbres lombaires droites. — Elles sont arrachées à leur base et on les retrouve dans les muscles qui s'y insèrent; mais sur les vertèbres on n'en voit plus trace.

Dernière côte droite. — Elle est fracturée obliquement d'avant en arrière au niveau de son col.

Ligament inter- et susépineux. — Ils sont déchirés en deux endroits : 1° au niveau de l'articulation de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre dorsale avec la première lombaire; 2° au niveau de la deuxième vertèbre lombaire avec la troisième. La déchirure est complète, aucun lien fibreux ne lie plus ces apophyses entre elles.

Ligament vertébral commun antérieur. — Il est déchiré au niveau du corps de la première vertèbre lombaire.

Première vertèbre lombaire. — Elle a son corps écrasé. Cet écrasement a lieu au milieu du corps de l'os; la fracture est oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de droite à gauche. Sur le côté latéral droit on trouve un fragment isolé du reste du corps de la vertèbre.

Moelle. — A partir de la troisième vertèbre lombaire, on voit un épanchement considérable de sang entre les os et la dure-mère, épanchement qui s'étend jusqu'à la fin du canal médullaire.

La moelle, dont la structure et la consistance n'ont pas été altérées, présente une injection uniforme de l'arachnoïde. Cette injection explique les fourmillements observés dans les jambes.

Cette observation et les lésions anatomiques observées présentent ceci de remarquable :

1° Une fracture du sternum par cause indirecte. Ce mécanisme de la production de cette fracture a été nié, et ici il semble évident qu'elle n'a pu se produire autrement. En effet, le malade est tombé sur l'ischion et sur les reins, sur le dos; enfin, le sternum

et la poitrine n'ont pas porté. Il faut donc admettre la fracture indirecte, soit qu'elle ait été produite par l'exagération de la courbure de la colonne en arrière, ce qui ne rend pas compte de la rupture des ligaments interépineux et susépineux, soit plutôt par l'exagération de la courbure du sternum en arrière, le tronc étant fixé, le poids de la tête, des épaules et des bras, augmenté de la vitesse acquise par la chute tendant à faire fléchir le sternum, celui-ci s'est rompu. Cette idée, que le tronc et tout le membre supérieur se sont trouvés projetés en avant de tout leur poids, explique l'écrasement de la vertèbre lombaire, la déchirure des ligaments inter- et susépineux, qu'on ne peut expliquer autrement.

Quant à la fracture du sacrum et du bassin, elle est due au choc direct, elle ne présente rien de bien extraordinaire ; seulement sa direction et la subluxation de l'articulation sacro-iliaque droite indiquent que c'est surtout l'ischion droit qui a été soumis à la violence.

L'épanchement sanguin derrière le sacrum et dans le petit bassin est d'accord avec cette supposition.

Quant à l'arrachement des apophyses transverses des vertèbres lombaires, il n'y a, ce me semble, qu'une seule chose qui puisse l'expliquer, c'est l'action musculaire. En effet, le corps, en tombant sur l'ischion et le sacrum, qui sont brisés, le corps est projeté en avant ; mais ni la tête, ni le thorax, ne touchent le sol ; les muscles et les ligaments, pour s'opposer à cette chute en avant, se contractent fortement ; les ligaments interépineux sont rompus ; la vertèbre qui se trouve entre les deux points où a lieu la déchirure est écrasée, et obliquement de haut en bas, de droite à gauche et d'avant en arrière ; les muscles arrachent nécessairement les apophyses transverses du côté droit, c'est-à-dire du côté où ont commencé la fracture de la vertèbre et la déchirure des ligaments, du côté aussi où le tronc a été fixé d'abord.

FRACTURE DE L'ORBITE. — PÉNÉTRATION DANS LE CERVEAU PAR UN
TUYAU DE PIPE, par M. FRITZ.

La paroi supérieure de l'orbite d'un enfant âgé de deux ans et demi, mort le 2 octobre 1859 dans le service de M. Guersant, est

mise sous les yeux de la Société. On y voit, à 5 millimètres en avant du trou optique, une perforation ovalaire, entourée d'un tissu analogue à des bourgeons charnus, par lequel l'arachnoïde cérébrale adhérerait à la dure-mère. D'autre part, cette perforation correspond à un trajet fistuleux étroit, qui s'étendait jusqu'à une cicatrice située à la paupière supérieure. L'os frontal présente un commencement de nécrose à sa face interne, dans l'angle qui termine en avant la paroi orbitaire supérieure. La dure-mère voisine est enflammée et couverte d'une fausse membrane.

Le lobe cérébral antérieur du même côté était transformé presque en entier en un énorme abcès; en outre, méningite générale, en grande partie suppurée.

La perforation de la voûte orbitaire a été produite, le 7 août dernier, par un tuyau de pipe qui pénétra par la paupière supérieure gauche sans blesser l'œil, et sans donner lieu à des accidents cérébraux immédiats. La plaie resta fistuleuse, et ne se cicatrissa qu'au bout d'un mois, après la sortie d'un éclat du tuyau de pipe qui était resté dans l'orbite. Pas d'accidents jusque-là.

Quelques jours après la cicatrisation de l'orifice fistuleux, vomissements, abattement. Le 30 septembre, entrée de l'enfant à l'hôpital. Sauf une petite cicatrice à la paupière supérieure gauche, les parties voisines de l'orbite ne présentaient rien d'anormal; le pourtour de l'œil était seulement, par moments, le siège d'une rougeur passagère.

Outre une soif inextinguible, des évacuations involontaires, une hyperesthésie générale, des cris incessants, on constata surtout les symptômes suivants : fièvre brûlante, non précédée de frissons, dans trois soirées successives; apyrexie complète le matin; par moments, grincements de dents, tremblement de la mâchoire inférieure et un peu de roideur à la nuque; impossibilité d'obtenir une réponse, bien que l'ouïe fût conservée; finalement, somnolence suivie de convulsions cloniques générales, qui durèrent plusieurs heures et ne cessèrent qu'avec la vie.

TUMEUR DU SINUS MAXILLAIRE, par M. FRITZ.

Une tumeur extraite du sinus maxillaire d'un enfant par M. Guersant est soumise à l'examen de la Société. Elle est formée par un

tissu assez mou, jaunâtre dans quelques points, assez vasculaire ailleurs, laissant suinter sur la coupe une petite quantité d'un suc citrin légèrement trouble, et présentant en grande partie, à l'examen microscopique, la structure des tumeurs fibro-plastiques. Elle contient, en outre, un grand nombre d'éléments analogues aux myéloplaxes (cellules ou lamelles de volume très variable, de $0^{\text{mm}},04$ à $0^{\text{mm}},4$, et contenant de nombreux noyaux, 2 à 20 ou 30, d'un diamètre de $0^{\text{mm}},006$ à $0^{\text{mm}},008$). La présence de ces éléments semble devoir faire ranger cette production parmi les tumeurs myéloïdes.

FRACTURES MULTIPLES. — CLAVICULE. — CÔTES. — ALVÉOLES. —
MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — ROTULE, par M. LEMARIÉ.

Le 7 novembre, Rossignol (Louis), maçon, âgé de quarante-trois ans, entra à l'hôpital Cochin après être tombé d'un toit de 20 pieds de hauteur environ. Les incisives de la mâchoire inférieure ne tenaient plus que par la muqueuse gingivale; au-dessous de la symphyse du maxillaire inférieur, on voyait une plaie de 3 centimètres environ dans le sens transversal; le stylet arrivait jusqu'à l'os dénudé. On soupçonna une fracture de l'os vers la ligne médiane, mais sans pouvoir y trouver de mobilité, ni aucun autre signe certain. La clavicule droite était fracturée vers son tiers interne, le fragment sternal faisait une saillie en haut et en avant; la mobilité de ce même fragment était très grande, et la crépitation facile à percevoir. A l'articulation du genou, nous constatâmes une tuméfaction considérable et un aspect du membre indiquant une fracture de rotule; celle-ci existait en effet, était caractérisée par une crépitation bruyante qui fit penser à une fracture comminutive; le déplacement paraissait nul. Le malade avait, du reste, l'intelligence très nette, répondait clairement aux questions qu'on lui adressait, et n'accusait de douleurs que dans les points où nous avions constaté des fractures. Il allait bien depuis trois jours quand tout à coup, le 10 novembre, il fut pris d'un délire agité, loquace, avec fièvre intense. M. Gosselin n'en fut point trop surpris, car la veille (le 9) il avait constaté pour la première fois un peu d'écoulement de sang par l'oreille droite; ce dernier symptôme, qui dura jusqu'au 13, semblait expliquer le délire, et fit penser à une frac-

ture du rocher avec méningo-encéphalite. Les opiacés à haute dose firent insensiblement diminuer le délire jusqu'au 15, où il était à peu près nul. Ce même jour il reparut plus intense que jamais, et persista jusqu'au jour de la mort, le 17 novembre. Durant les deux derniers jours, on entendit souvent le malade tousser; il rendit des crachats muqueux, épais, non caractéristiques. M. Gosselin soupçonna un travail inflammatoire possible du côté des plèvres ou du parenchyme pulmonaire; pourtant, à cause de ses fractures, on n'ausculta point sa poitrine en arrière. Nous devons bientôt le regretter, car nous avons trouvé en faisant l'autopsie, dans la plèvre droite, un épanchement séro-purulent très considérable, avec fausses membranes sur le poumon, et épaissement de la plèvre pariétale et viscérale du même côté. L'étiologie de cet épanchement est facile à trouver, car du même côté nous avons constaté, à notre grand étonnement, des fractures multiples des six premières côtes, que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie, ni les renseignements fournis par le malade, ni la déformation, ni l'ecchymose, ni la douleur, ni la gêne de la respiration, ni la toux (car celle-ci n'apparut que quelques jours avant la mort). La première côte et la sixième sont fracturées dans un point seulement, à 6 ou 7 centimètres en dehors des cartilages costaux; les quatre côtes intermédiaires offrent chacune deux fractures, l'une à 3 ou 4 centimètres en dehors de leur cartilage, l'autre à 6 centimètres environ plus en arrière.

La *clavicule* présente dans son tiers interne une fracture en V tout à fait analogue à celles que l'on observe au tiers inférieur du tibia; du sommet de l'angle rentrant du fragment interne part une fissure produite par la pointe du fragment externe qui s'y est emboîtée comme un coin: c'est du moins le mécanisme invoqué par M. le professeur Gosselin.

La *rotule* nous fournit l'exemple d'une fracture comminutive sans écartement des fragments. Un trait transversal l'a divisée en deux parties à peu près égales; le fragment inférieur est verticalement divisé en deux fragments de même volume, l'un gauche, l'autre droit; enfin, à gauche du fragment supérieur, on voit encore trois fragments assez petits. L'articulation du genou, aussi bien que la bourse anté-rotulienne, sont distendues par le pus; du reste, nous en avons trouvé au niveau de toutes les fractures.

Maxillaire inférieur. — Son bord alvéolaire est fracturé au niveau des incisives ; son corps est divisé vers la ligne médiane ; les fragments sont taillés en biseau, celui de droite aux dépens de sa face postérieure, celui de gauche aux dépens de sa face antérieure ; ajoutez un peu d'emboîtement de la part de ces fragments, et vous aurez l'explication de l'absence de mobilité pendant la vie, et de la difficulté du diagnostic.

L'examen le plus attentif ne nous a point révélé de *fracture du rocher* ; nous avons trouvé à la face convexe des hémisphères cérébraux, dans un point assez circonscrit, une teinte grisâtre, opaline, un peu de vascularisation et d'épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère, sans pus, sans fausses membranes, sans épanchement dans les ventricules, et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; pas de lésion, en un mot, capable d'expliquer la mort. D'un autre côté, notre malade a succombé trop rapidement pour avoir été tué par son épanchement pleurétique ; d'ailleurs il n'a eu ni dyspnée, ni cyanose, ni asphyxie. En nous rappelant, d'une part, que la muqueuse était déchirée au niveau du maxillaire inférieur, qu'il y avait, par conséquent, communication de l'air extérieur avec la fracture, et que celle-ci peut être comparée à une fracture des membres avec plaie ; en nous rappelant, d'autre part, que nous avons trouvé du pus au niveau de toutes les fractures, en tenant compte de la fièvre, du délire, de la teinte subictérique que le malade a présentés plusieurs jours avant sa mort, nous croyons pouvoir conclure qu'il a succombé à une sorte d'intoxication par les matières putrides, à la fièvre de suppuration.

XXXIV^e ANNÉE. -- DÉCEMBRE 1859.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Calcul vésical chez un enfant de deux ans. — 2. Infection urinaire, ramollissement de la rate. — 3. Laryngite sous-muqueuse dans une fièvre typhoïde. — 4. Tuberculisation de l'épididyme ayant respecté le testicule. — 5. Fracture comminutive du fémur. — 6. Altération du foie simulant la cirrhose. — 7. Enchondrome de l'os iliaque. — 8. Tumeur du sein. — 9. Caillot suite de ligature de l'artère fémorale. — 10. Infiltration urinaire. — 11. Fractures des deux malléoles. — 12. Spina-bifida. — 13. Communication accidentelle de la fin de l'intestin grêle avec le rectum. — 14. Hypertrophie du corps thyroïde simulant un anévrysme. — 15. Luxation en arrière du radius. — 16. Fongus de la vessie. — 17. Différence congénitale de la main gauche et des deux pieds. — 18. Productions accidentelles de la rate. — 19. Ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites à leur origine pour un anévrysme traumatique. — 20. Rétrécissement du bassin chez une femme rachitique. — 21. Endocardite dans un rhumatisme articulaire aigu. — 22. Calcul biliaire volumineux arrêté dans l'S iliaque. — 23. Mal de Pott occupant presque toute la colonne vertébrale. — 24. Hydrocéphalie chronique avec tumeur tuberculeuse du cervelet.

OBSERVATIONS. — Croup compliqué de diphthérie nasale et vulvaire ; trachéotomie, guérison. — Huit jours après angine couenneuse maligne rapidement mortelle. — Altération du sang, par M. Cam. Gros, interne des hôpitaux.

Extrait du rapport de M. Millard.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Caudmont présente un *calcul vésical extrait de l'urèthre d'un enfant de deux ans*. Il était gros comme un petit grain de café, et s'arrêta dans la fosse naviculaire. M. Caudmont en fit alors l'extraction avec une pince. Ce qu'il y a de curieux dans ce fait, c'est que le frère du petit malade a expulsé aussi à l'âge de quatre ans un calcul semblable.

9. M. Caudmont fait voir les organes d'un individu qui a succombé à une *infection urineuse*. Ce malade était plongé dans une adynamie profonde; il avait des accès de fièvre quotidiens, irréguliers, erratiques, des sueurs urineuses. Enfin il succomba à cet ensemble de symptômes que M. Civiale a décrits sous le nom d'*infection urineuse*.

Ce malade, à son entrée à l'hôpital, avait été affecté de rétention d'urine: la première fois, l'introduction de la sonde fut facile; la deuxième fois, très difficile. On apprit depuis que l'infirmier, dans l'intervalle des deux cathétérismes, avait tenté de sonder le malade, et n'avait pu y parvenir. Une fausse route avait été probablement faite. M. Civiale, après le deuxième cathétérisme, laissa la sonde à demeure.

La rate présentait une altération considérable. Réduite en bouillie, en putrilage qui exhalait l'odeur de l'urine, elle se laissait facilement pénétrer par le doigt; elle avait à peu près quatre fois son volume. Cette altération était en tout semblable à celle que l'on observe à la suite d'accès de fièvre intermittente pernicieuse.

Il n'y avait pas d'abcès dans les reins, mais ces organes étaient ramollis, l'un à son extrémité inférieure, l'autre à son extrémité supérieure.

La substance corticale était injectée, ecchymosée. La vessie, énormément dilatée et hypertrophiée dans son tissu musculaire, contenait un litre et demi de liquide. On y voyait de sept à huit cellules, ce qui est la preuve de la lutte de cet organe contre les obstacles qui s'opposaient à l'écoulement de l'urine.

Un peu avant d'entrer dans la vessie, à un centimètre, on voit la fausse route faite par l'infirmier.

La substance spongieuse est injectée comme lorsqu'il y a eu pendant quelque temps une sonde à demeure.

On ne comprend pas ce qui a pu mettre obstacle à l'émission de l'urine.

Cet homme avait soixante ans, et cependant avait la prostate atrophiée, le vèrumontanum particulièrement. Il n'y avait pas de dilatation énorme de la région prostatique de l'urèthre. Seulement on voit une hypertrophie des muscles du sphincter externe: aussi M. Caudmont voit-il, dans le cas présent, un exemple de contraction du col de la vessie. Le tissu du cœur était aussi ramolli.

M. Cruveilhier a vu deux rates semblables à celles que vient de montrer M. Caudmont à la suite de fièvre intermittente pernicieuse. Hally, qui a été étudier la fièvre pernicieuse à Rome, et qui a fait sur ce sujet un mémoire excellent, décrit cette altération ; quelquefois même la rate a été trouvée déchirée à la suite des accès pernicieux.

M. Mercier dit que c'est là un exemple de rétrécissement spasmodique. A propos de cette assertion de M. Caudmont, qu'il est difficile de démêler les muscles de Wilson et de Guthrie, M. Mercier fait d'abord observer que le muscle dit de Guthrie a été décrit par Santorini, chez la femme, dans ses *Observationes anatomicae* (cap. XI, § IV, tab. 2, fig. I, F), et plus tard chez l'homme, ainsi que le témoignent ses œuvres posthumes, publiées à Parme en 1775 par Michel Gérardi (tab. 15, fig. 3, F).

Quant au muscle décrit par Wilson, il est séparé du précédent par l'aponévrose latérale de la prostate ; ce n'est, à en juger par deux planches de ces auteurs publiées dans le premier volume des *Med.-Chir. Transactions*, et dans des *Lectures on urinary Organs*, que le faisceau le plus inférieur de la portion verticale du releveur de l'anus.

On le voit, sur ces planches, naître de la symphyse pubienne par un tendon arrondi, s'étaler sur toute la longueur de la portion sus-aponévrotique de la région membraneuse, et même un peu sur la pointe de la prostate, derrière lesquelles il s'entrecroise avec celui du côté opposé.

Existe-t-il au-dessous de l'aponévrose latérale de la prostate des fibres musculaires indépendantes des muscles de Santorini ? M. Mercier n'est pas éloigné de le croire ; mais elles sont de peu d'importance, tant elles sont pâles et courtes.

Pour lui, l'agent principal des spasmes dans la région membraneuse, c'est le faisceau de Wilson, dont l'effet le plus marqué est alors de tirer la région membraneuse vers la symphyse pubienne, et d'augmenter la courbure du canal.

Cette remarque l'a conduit à des résultats très importants pour le cathétérisme et pour le traitement. Ainsi il cite un confrère, entre autres, chez lequel il rétablit le cours de l'urine au moyen d'une incision verticale faite sur la paroi postérieure de la région

membraneuse, opération qui fut faite en présence de M. Robert.

Une discussion s'élève encore entre MM. Mercier, Caudmont et Trélat sur le siège et sur l'existence des muscles de Guthrie et de Wilson, et de tous ces débats il résulte qu'il faudrait de nouvelles dissections pour se prononcer d'une manière certaine sur ce point en litige.

M. Caudmont ne dit pas le contraire, puisqu'il dit qu'il y a une aponévrose entre ces deux muscles ; il est donc de l'avis de M. Mercier. Le malade, ajoute-t-il, a succombé à une maladie générale, à une maladie du sang causée par l'infection urinaire.

3. M. Gellé montre une *laryngite séro-muqueuse*, chez un enfant de neuf ans, qui pendant la sixième semaine d'une fièvre typhoïde a été pris d'accès de suffocation, d'aphonie et de dyspnée sifflante. L'enfant était atteint de broncho-pneumonie ; les accès se rapprochant, on a cru à un œdème de la glotte et à la non-altération des cordes vocales.

A l'autopsie, on trouva le cartilage cricoïde décollé et dénudé. Des deux côtés le calibre de la trachée est rétréci. L'abcès se prolongeait jusqu'à la face externe des ventricules du larynx.

M. Genouvillat a l'an dernier présenté une pièce tout à fait semblable ; l'observation a été publiée dans les *Bulletins* de la Société. C'était le larynx d'un homme mort de fièvre typhoïde ; il présentait tous les signes de l'œdème de la glotte, et à l'autopsie on trouva une altération des os, du pus dans les replis aryéno-épiglottiques, et dans les cas semblables la mort a toujours été la terminaison de la maladie.

M. Moynier dit que M. Trousseau a pratiqué la trachéotomie dans deux cas semblables, et qu'il y a eu guérison. Seulement, chez un de ses malades, on fut forcé de laisser la canule, et il la porte depuis trois ans.

M. Cruveilhier fait observer que la maladie dont on parle a été décrite par lui sous le nom d'inflammation sous-muqueuse de la portion sous-glottique du larynx.

M. Gellé demande à la Société si la nécrose a été le point de départ de l'abcès, ou l'abcès le point de départ de la nécrose.

M. Ed. Labbé répond que le mode d'ulcération est le même ; il a présenté l'année dernière à la Société une vésicule biliaire ulcérée dans un cas de fièvre typhoïde. Il n'y a pas besoin d'invoquer la nécrose comme cause de l'abcès. L'ulcération commence par le tissu cellulaire sous-muqueux, et gagne ensuite en profondeur de dedans en dehors.

L'ulcération du larynx présentée par M. Gellé n'a rien d'exceptionnel ; elle démontre une fois de plus la *tendance ulcérationnelle* de la fièvre typhoïde ; ces ulcérations se montrent surtout à l'épiglotte ; mais la glotte, mais toute l'arrière-gorge, toutes les muqueuses, en général, peuvent en être le siège, de même que la peau est fréquemment le siège de gangrènes superficielles auxquelles on assimile les ulcérations.

M. Trélat trouve que cette question n'est pas encore parfaitement élucidée, et il désirerait qu'une commission fût nommée pour faire un rapport sur cette présentation. Il a lu dernièrement un mémoire d'un médecin américain, M. Hemett, sur cette matière, dans *American Journal of medical Science*, vol. XXXII, p. 63. Il décrit deux formes : une forme aiguë avec œdème et ulcération ; puis une forme œdémateuse chronique.

Sur 1,934 malades, il a trouvé 23 pour la première, et 7 pour la deuxième. Sur ce total de 30 cas, 19 ont guéri, 11 sont morts.

5 fois la trachéotomie a été pratiquée, et 2 fois cette opération a été couronnée de succès.

4. M. Siredey fait voir une *tuberculisation de l'épididyme ayant respecté le testicule*. — Sénéchal (Charles), quarante-deux ans, charcutier, entré le 7 mai 1842. Père mort phymique ; n'a qu'un frère bien portant ; bonne santé habituelle ; ne tousse pas ordinairement. A la suite d'un refroidissement, il y a cinq semaines, toux, frissons, point de côté à la base gauche, gêne de la respiration ; pouls à 104 ; signes de tuberculisation des deux côtés de la poitrine caractérisés par quelques râles muqueux à petites et à grosses bulles ; expiration prolongée et soufflante à gauche. De ce même côté il existe en

bas et en arrière une matité évidente dans une assez grande étendue, avec retentissement broncho-œsophagien de la voix, et expiration soufflante profondément, avec perte des vibrations thoraciques, pendant qu'on fait parler le malade. A droite, au contraire, sonorité exagérée, respiration puérile, mêlée de râles muqueux nombreux, irréguliers, inconstants, qui pourraient être pris, dans certains points, pour des bruits de frottement. Ce dernier caractère est encore plus évident du côté gauche. Expectoration abondante, muqueuse et visqueuse, mêlée de quelques crachats rosés et de quelques autres opaques. (5 pilules avec 0,05 émétique; potion chaude; sirop diacode.)

12 mai. — 32 respirations, 122 pulsations; orthopnée; matité presque complète de tout le côté gauche en arrière, avec souffle, et absence de tout murmure vésiculaire. (Vésicatoire.)

14 mai. — L'épanchement pleurétique augmente beaucoup, Matité complète de la poitrine à gauche, en avant et en arrière, excepté dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, au sommet, où l'on entend une sonorité tympanique. Respiration soufflante dans toute l'étendue de la matité. Refoulement du cœur à droite. Abaissement du foie. 120 pulsations, 32 respirations. *Thoracocentèse dans le huitième espace intercostal.* Il s'écoule par la canule 3,650 grammes de liquide qui se prennent en caillots quelques instants après. La sonorité se rétablit aussitôt. Râles muqueux nombreux; toux incessante. Les jours suivants la fièvre diminue, la respiration descend à 28, 20 par minute; mais l'expectoration abondante, muqueuse, aérée, devient plus rouge, un peu sanglante, et exhale une forte odeur de gangrène, qui disparaît au bout de quelques jours sous l'influence de l'*hypochlorite de soude* à 1^{er},50 pendant quatre ou cinq jours. Dès lors l'amélioration continue, et le malade sort le 4 juillet, ne présentant plus qu'un peu de matité à la base gauche, en arrière, et au sommet un peu d'embarras de la respiration, sans bruits anormaux bien notables. Du côté droit, la respiration était plutôt augmentée, et l'on n'a trouvé aucun râle en ce moment.

Le malade rentre à l'hôpital le 30 août dernier, présentant les symptômes d'une nouvelle pleurésie, non plus à gauche, mais à droite. On se borne à appliquer des vésicatoires; l'épanchement se résorbe à la longue, et le malade, maigrissant de plus en plus, perdant ses forces, est soumis à un traitement tonique. Bientôt des

symptômes de bronchite reparaissent, quelques râles disséminés des deux côtés, aux sommets et à la partie moyenne des poumons; en même temps une nouvelle expectoration rougeâtre, aérée et spumeuse apparaît, avec odeur gangréneuse, qui disparaît, comme la première fois, sous l'influence de l'hypochlorite de soude à 0^{gr}, 50. Le malade accuse alors une *douleur dans le testicule du côté droit*. L'épididyme est très volumineux, se reconnaît aisément au milieu d'un épanchement modéré de la tunique vaginale. Il présente des bosselures, des nodosités très manifestes, et l'on pense à une dégénérescence tuberculeuse.

Dans les premiers jours de décembre l'appétit se perd tout à fait, le malade est miné par la fièvre hectique, et bien que l'on n'entende que quelques râles disséminés dans la poitrine, sans matité bien évidente, il succombe le 5 décembre. Écoulement spontané uréthral.

Autopsie. — Traces des anciennes pleurésies, consistant en de larges plaques pseudo-membraneuses, qui maintiennent les poumons adhérents aux parois du thorax, et qui ne permettent que très incomplètement leur extraction. Emphysème général très accusé. Infiltration tuberculo-miliaire des plus abondantes. On dirait que les poumons, et surtout le gauche, sont formés de ces granulations d'un gris blanchâtre du volume d'un grain de millet à peine. Congestion pulmonaire. Foie volumineux, pâle, blanchâtre, graissant fortement le scalpel. Rate volumineuse. Rien d'anormal aux reins.

Épididyme droit tuberculeux. La vésicule séminale droite, dilatée, bosselée, est remplie d'un liquide jaunâtre, purulent. La demi-correspondante de la prostate, qui est volumineuse, paraît être envahie par le tubercule, qui se présente sous la forme d'une masse jaunâtre du volume d'une noisette. L'épididyme droit, très volumineux, est bosselé, irrégulier, et semble avoir disparu par l'envahissement d'une matière caséeuse, jaunâtre, ramollie en certains points, plus dure, au contraire, et plus ferme en d'autres, où l'on croit reconnaître une altération analogue à des tubercules crus. Le testicule ne nous a présenté aucune altération appréciable. Du côté gauche le testicule, l'épididyme, les vésicules séminales et la prostate n'ont offert aucune lésion.

5. M. Picard présente une *fracture comminutive du fémur*. L'homme qui a succombé aux suites de cette lésion était tombé de la hauteur de 5 pieds environ. Il est probable, et M. Laugier, dans le service duquel il était, explique ainsi le mécanisme de la fracture, que la partie supérieure du fémur a joué le rôle de coin, a pénétré la partie inférieure de l'os, et l'a fait éclater en cinq fragments. La mort n'est arrivée que quarante-six jours après l'accident, et le cal était à peine formé.

M. Lancereau, qui a fait l'autopsie, remarque que les côtes, à leur partie osseuse, se coupaient au couteau avec la plus grande facilité : aussi croit-il que le fémur était malade avant la fracture. Dans un ouvrage récent que M. Bennett a publié en Angleterre, cet auteur parle de l'altération graisseuse que les os subissent chez les individus atteints de syphilis, et le cas présent pourrait bien être un exemple de cette altération.

M. Picard objecte à M. Lancereau que rien, dans l'observation du malade, ne peut faire croire qu'il a eu la vérole. Ensuite, il a à opposer, à l'opinion citée par M. Lancereau, l'opinion de Virchow, qui dit tout à fait le contraire ; l'os ne devient pas graisseux, mais son tissu compacte se raréfie.

6. M. Ball met sous les yeux de la Société une *altération du foie simulant la cirrhose*, qu'il a recueillie dans le service de M. Beau.

Cette femme, âgée de soixante et dix ans, il y a trois ans, avait eu une ascite passagère à l'hôpital. La peau s'était revêtue d'une teinte ictérique sans ictère général, les urines étaient saines.

Par la percussion on percevait une matité considérable, par la palpation on appréciait le très grand volume du foie. Puis la malade fut prise de frissons, le ventre se ballonna, le poulx devint petit, filiforme, et la malade succomba, présentant tous les symptômes d'une péritonite.

A l'autopsie, il n'y avait pas de traces de péritonite, mais il y avait trois litres de sang épanché dans le ventre.

Le mésentère était parsemé de tumeurs cancéreuses, qui étaient appendues à l'intestin, mais qui n'en faisaient pas partie.

Sous la plèvre se voient des tumeurs de même nature. Au sommet, on distingue manifestement une caverne cicatrisée.

Le foie est énorme. A la simple inspection on dirait que cet organe est le siège de deux affections très distinctes, et qui n'ont pas encore été vues réunies.

Dans le lobe droit on dirait du cancer, dans le lobe gauche de la cirrhose.

Cette supposition est-elle vraie? Le lobe droit contenait des tumeurs marronnées; le lobe gauche était dur, atrophie, les lobules étaient séparés.

L'examen microscopique, ajoute M. Ball, a été fait par un de nos collègues les plus distingués, par M. le docteur Dufour, et l'on n'a trouvé que des cellules hépatiques normales, puis des cellules épithéliales avec hypertrophie du tissu cellulaire interlobulaire.

M. Lancereau fait remarquer que si dans la matière ramollie il n'y a que des granulations, ce serait, dans ce cas, des âges différents de la même maladie.

7. M. Dolbeau montre un *enchondrome de l'os iliaque*. Il a présenté à la Société, il y a six semaines, un enchondrome du tibia, pour lequel il a pratiqué l'amputation de la cuisse. Tout alla bien jusqu'au vingt-quatrième jour, puis la malade fut prise de petits frissons erratiques et d'une douleur très vive au niveau de la crête iliaque gauche.

La malade succomba, et l'autopsie nous montra la lésion suivante :

La crête iliaque était augmentée de volume, presque doublée d'épaisseur. Aucune autre lésion dans les viscères. La veine fémorale seule était enflammée, et il y avait un abcès métastatique du poulmon droit. La partie qui restait du fémur amputé était saine.

L'os iliaque fut scié, et l'on vit qu'il était le siège d'une tumeur cartilagineuse. L'os entier était gonflé, le tissu spongieux était envahi par de l'enchondrome; on y voyait des noyaux brillants, et, dans quelques points, la substance compacte de l'os était détruite.

La maladie avait débuté par le tissu spongieux. M. Dolbeau avait cru à une tumeur unique, et il existait une deuxième tumeur dans le bassin. Les enchondromes ne sont donc pas des tumeurs uniques. Il peut donc y avoir des tumeurs enchondromateuses multiples, et cependant M. Dolbeau ne croit pas à une diathèse.

La deuxième tumeur était une tumeur à l'état naissant; les vaisseaux étaient encore indépendants de ceux de l'os, mais plus tard ils auraient communiqué avec eux.

S. M. Lancereau présente une tumeur du sein enlevée par M. le professeur Laugier. Ce n'était pas un cancer, et le diagnostic avait été fait avant l'opération. Le mamelon n'était pas rentré. La tumeur glissait sur la poitrine.

Cette tumeur était constituée par une substance fibreuse, des cellules pigmentaires, des myélopaxes, et pas de cartilages. Cette espèce de tumeur a été rarement signalée.

M. Guyon. Y avait-il des éléments fibro-plastiques?

M. Lancereau. Il y en avait, mais pas en très grand nombre.

M. M. Guyon met sous les yeux de la Société un caillot, suite d'une ligature récente de l'artère fémorale, qu'il a recueilli sur un cadavre, à l'amphithéâtre.

L'amputation de la cuisse avait été faite il y a une quinzaine de jours.

Toutes les ligatures tombaient, et cependant l'injection à l'hypo-sulfite de soude et au suif n'a rien détruit dans l'artère fémorale; le caillot a été respecté, et rien n'a pénétré dans le caillot. On voit même l'empreinte de l'extrémité supérieure du caillot dans le suif.

Le capuchon cellulaire n'offrait aucune trace d'adhérences. Au fond du capuchon, on arrivait à une espèce d'ombilic dû aux membranes internes.

Le caillot était adhérent à cet ombilic, mais il n'y avait pas d'adhésion de la membrane cellulaire. Cette pièce fait voir que

le caillot est l'agent principal de l'oblitération de l'artère, et qu'il est maintenu en place par la rétraction et la cicatrisation des membranes internes.

10. M. Caudmont présente un second cas d'*infiltration urineuse* qui remonte jusqu'à l'abdomen.

Ce malade étant mort deux jours après son entrée à l'hôpital, les renseignements que l'on a pu avoir sont à peu près nuls.

A l'autopsie on vit plusieurs rétrécissements, l'un qui est à la partie postérieure de la fosse naviculaire; là on a pu prendre le mode de rétrécissement sur le fait, c'est une espèce de virole fibreuse qui entoure toute la muqueuse. De là on peut tirer cette déduction pathologique, que si l'on n'incise pas toute l'épaisseur de la virole, on n'obtient aucun résultat. On remarque un autre rétrécissement à l'extrémité supérieure du bulbe, à l'angle péno-scrotal; là tout le tissu spongieux du bulbe est envahi par le tissu fibreux du rétrécissement.

En avant du point rétréci, la muqueuse est malade, et cette lésion n'est pas assez indiquée, on n'a pas assez signalé l'extension de la lésion, et c'est ce fait qui a engagé M. Reybard à faire de longues incisions qui puissent aussi atteindre ce prolongement morbide.

Derrière une altération de toute la muqueuse du bulbe, et en certains points, on voit une ulcération, puis une perforation. C'est par là que s'est fait l'épanchement urineux, et ce n'est pas une rupture. On a beaucoup parlé des ruptures du canal de l'urèthre comme cause d'épanchement urineux, M. Caudmont n'en a jamais vu. C'est une ulcération en avant du point rétréci. D'abord il y a eu, ou il y a dû avoir un foyer enkysté, adhérent à la partie latérale droite de l'urèthre, puis il y a eu ensuite décollement des parties ambiantes et infiltration générale. Nous voyons aussi, ajoute M. Caudmont, une hypertrophie du plan musculaire, puis un catarrhe vésical, et des plaques pseudo-membraneuses.

M. Cruveilhier demande à M. Caudmont s'il a déjà rencontré des tubercules dans l'urèthre.

M. Caudmont répond par l'affirmative.

M. Cruveilhier demande quel est ce tissu mollassé que l'on voit au pourtour de la perforation.

M. Caudmont pense que ce sont des fausses membranes qui, en contact permanent avec l'urine, se sont altérées, ulcérées, et la gangrène a envahi tout le tissu spongieux du bulbe. M. Caudmont ajoute qu'il n'a pas d'autres explications à donner, et qu'il ne peut pas interpréter autrement le fait qu'il a mis sous les yeux de la Société.

II. M. Chalvet met sous les yeux de la Société une *fracture des deux malléoles*, chez un carrier âgé de trente-deux ans. Cet homme fut surpris dans un éboulement de carrière, le 48 mai 1859. J'omets ici les détails de l'observation; il me suffit de dire que ce malade, amputé de la jambe droite quelques heures après l'accident, est bien guéri de son opération.

Le fragment amputé de cet individu présente quelque intérêt, à cause d'une complication importante sur laquelle on insiste peu dans les livres, et sur laquelle M. Desprez a depuis longtemps fixé son attention.

Je ferai remarquer d'abord une double fracture des malléoles. Cette lésion emprunte de l'intérêt à la circonstance qui l'a produite. En effet, ce n'est pas l'éboulement du bloc de pierre qui a été la cause de ce double accident. Des craquements avaient fait craindre à l'ouvrier le danger qui le menaçait. En cherchant à fuir le plus promptement possible, il s'embarrassa le pied droit dans des pierres, et se fit les fractures que je mets sous les yeux de la Société. Cet accident retarda sa fuite, et le malheureux ouvrier eut encore la jambe déjà malade prise sous une grosse pierre, qui tomba du ciel de la carrière. La jambe fut *broyée* au niveau du mollet, mais le pied ne présentait aucune blessure. Les fractures des malléoles ont été produites avant la fracture de la jambe et par le mécanisme ordinaire de ces lésions. Cette particularité étiologique augmente l'intérêt de la petite complication que je vais signaler, puisque cette complication s'est produite dans les conditions les plus ordinaires de ces fractures.

On voit sur cette pièce :

4° Une fracture de la malléole interne, siégeant à neuf milli-

mètres au-dessus de son extrémité inférieure. Le ligament latéral interne a arraché son point d'insertion.

2° Une deuxième fracture de la malléole externe, siégeant à 23 millimètres de son extrémité inférieure. C'est le siège précis de la fracture par arrachement des contours.

3° On voit enfin que le petit ligament péronéo-tibial antérieur ne s'est pas rompu, mais qu'il a incomplètement arraché son insertion tibiale. C'est sur cet arrachement du tibia que nous désirons attirer particulièrement l'attention de la Société. Dans le cas présent, cette complication n'aurait pas eu une grande importance pratique, attendu que l'arrachement est incomplet, et qu'il n'existe pas de déplacement, mais dans quelques cas le ligament entraîne une portion plus considérable du tibia, et la mortaise articulaire se trouve considérablement élargie.

M. Desprez a déjà eu occasion de traiter plusieurs cas analogues, et il a été assez heureux pour affronter le fragment arraché à l'aide de compresses graduées et d'une attelle immédiate, destinée à presser de bas en haut sur le fragment. On comprend l'utilité de cette pratique, et tout l'avantage que peut en retirer le malade, si l'on parvient à surmonter l'élargissement de la mortaise péronéo-tibiale.

12. M. Launay présente à la Société un *spina-bifida*.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est du sexe masculin, né le 29 novembre 1839. Il est entré à l'hospice des Enfants assistés le 42 décembre.

Il présentait, à la réunion de la région lombaire avec la région sacrée, une tumeur du volume d'une pomme de moyenne grosseur, mesurant 5 centimètres de diamètre, assez régulièrement arrondie, offrant seulement quelques bosselures très peu marquées. Cette tumeur était recouverte par une peau mince, d'une transparence extrême dans certains points, transparence qui faisait craindre que la moindre pression exercée sur elle ne la fît éclater. Vers la partie moyenne de la tumeur, l'enveloppe cutanée offrait un épaississement marqué. Deux excoriations rouges, saignantes, existaient l'une au-dessus, l'autre au-dessous de cet épaississement. Cette tumeur était molle, fluctuante, remplie évidem-

ment par un liquide transparent. Une ponction, faite avec une aiguille à cataracte, fit sortir quelques gouttes de ce liquide. Quand l'enfant faisait un effort, poussait des cris, la poche se tendait fortement. Une pression légère exercée sur elle la diminuait un peu de volume. L'enfant ne paraissait point se ressentir de cette compression, qui du reste ne pouvait être faite que très légèrement, dans la crainte de faire éclater les parois si minces de la poche. En promenant les doigts le long des apophyses épineuses, au-dessus et au-dessous du point d'implantation de la tumeur sur la colonne vertébrale, on sentait, en déprimant un peu la poche, deux rebords osseux indiquant une bifidité du rachis.

Immédiatement au-dessus de la tumeur, on constatait l'existence d'une sorte de stigmat cicatriciel recouvert de poils nombreux. La peau paraissait en ce point plus adhérente que partout ailleurs à la colonne vertébrale. La pression exercée en cet endroit faisait pousser des cris à l'enfant.

Le membre inférieur du côté droit était paralysé du mouvement et de la sensibilité. Celui du côté gauche avait conservé la faculté de se mouvoir, mais la sensibilité y paraissait émoussée; cependant, en le pinçant un peu fort, on faisait pousser des cris à l'enfant, et il remuait son membre pour le soustraire à la douleur.

Il y avait aussi à gauche un commencement de pied bot équin.

On trouvait aussi chez cet enfant, comme complément de la bifidité de la colonne vertébrale, un défaut d'ossification très curieux des os du crâne. Les sutures lambdoïde, sagittale, fronto-temporale étaient largement ouvertes. La suture sagittale se continuait sur le frontal en s'élargissant. On pouvait suivre facilement avec le doigt les rebords osseux; on arrivait ainsi à constater que la suture frontale, large de 3 centimètres $1/2$, s'arrêtait à 2 centimètres au-dessus de la racine du nez, par un rebord assez régulièrement arrondi, de la partie moyenne duquel s'élevait une sorte d'épine osseuse qui le divisait en deux parties à peu près égales. Cette large fontanelle était soulevée par le cerveau, qui formait là une tumeur régulièrement arrondie, dont le contour dessinait nettement les rebords de l'ouverture osseuse. Il y avait là un commencement d'encéphalocèle. On sentait manifestement en ce point les battements de la masse encéphalique. La tête avait un volume normal, circonférence de 35 centimètres $1/2$.

L'enfant, entré à l'hospice le 12 décembre, était maigre, chétif; il avait du muguet. On ne lui donna pas de nourrices. Il fut pris de diarrhée, de vomissements, d'ophtalmie; il dépérit rapidement et mourut le 15 décembre. Les ulcérations de la tumeur n'avaient pas fait de progrès. On avait eu soin de la garnir d'ouate et de panser avec de la glycérine les excoriations.

Le 16, *autopsie*.—La tumeur de la région lombo-sacrée est disséquée avec soin. On constate qu'elle a pour enveloppes la peau et le tissu cellulaire sous-cutané doublés par la dure-mère. Celle-ci, assez bien distincte de l'enveloppe cutanée sur le pourtour de l'orifice osseux, s'accole à elle sur la tumeur, de manière qu'il est impossible de les isoler l'une de l'autre. La poche, étant ouverte par une incision, donne issue à une petite quantité de liquide séreux, complètement transparent. On peut alors voir que la paroi interne de la poche est lisse, unie, évidemment tapissée par le feuillet pariétal de l'arachnoïde à la partie moyenne de la tumeur; au point où l'on avait, pendant la vie, senti un épaississement marqué, on trouve la moelle fortement adhérente. Elle s'est en quelque sorte repliée sur elle-même. Sortie de la colonne vertébrale par la partie supérieure de l'orifice osseux, elle va s'accoler au fond de la poche, puis rentre dans le rachis par la partie inférieure du même orifice. Elle fait une véritable hernie. Les racines nerveuses qui naissent de cette partie recourbée de la moelle offrent une longueur insolite, elles traversent la tumeur et rentrent dans le rachis pour en sortir par les traces de conjugaison. L'orifice osseux est allongé verticalement. Son diamètre, dans ce sens, est de 4 centimètres $\frac{1}{2}$; son diamètre transversal, à sa partie moyenne, est de 1 cent. $\frac{1}{2}$. Ses bords sont réguliers et arrondis, et se terminent en haut et en bas par deux angles aigus.

Le crâne, dépouillé de ses parties molles, présente la dilatation considérable des fontanelles qui avait été constatée sur le vivant. Les os sont rouges, fortement injectés. A travers la dure-mère, qui réunit entre eux les rebords osseux, on aperçoit par transparence le cerveau. La pie-mère paraît aussi très injectée.

L'encéphale n'a pu être examiné, car pour conserver intacte la boîte crânienne avec ses fontanelles, il a fallu arracher le cerveau par le trou occipital.

M. *Cruveilhier* fait observer que c'est ce qu'il a appelé hernie de la moelle. •

M. *Houël* dit que c'est bien là un exemple d'encéphalocèle ; il a fait, ajoute-t-il, un travail qui tend à prouver, et il croit que les preuves sont évidentes, qu'il n'y a pas de méningocèles, et que toutes les tumeurs que l'on a prises pour des hernies des enveloppes du cerveau, ne sont que des encéphalocèles.

Il y a quatre sièges de ces tumeurs, et elles ont toujours la même place, c'est-à-dire à l'une des cornes du cerveau ou du cervelet.

Ainsi, à la région occipitale, ce sont les cornes postérieures du cerveau qui font hernie, au-dessous de cette région, c'est le cervelet ; dans la région frontale, ce sont les cornes antérieures ; dans la région nasale, c'est la corne d'Ammon.

M. *Houël* a recueilli neuf faits qui lui sont propres, et qui prouvent parfaitement sa manière de voir. Quelques chirurgiens prennent ces tumeurs pour des polypes et en tentent l'extraction.

C'est là une pratique dangereuse, car le chirurgien peut être parfaitement sûr qu'il trouvera toujours dans la tumeur une portion du cerveau.

Il a ensuite collationné dans les auteurs quatre-vingt-quinze observations, qui prouvent sa manière de voir. M. *Malgaigne* est d'un avis tout à fait contraire, et cependant ces dix observations que M. *Springle* donne comme des méningocèles ne sont que des encéphalocèles.

M. *Moreau* a vu une jeune fille de quatorze ans, qui avait été atteinte d'un spina-bifida, et qui avait guéri, seulement elle était paraplégique, et il est persuadé que la hernie de la moelle n'existait plus et était guérie.

M. *Houël* ne nie pas les guérisons ; il a vu un jeune homme de vingt-cinq ans qui avait un spina-bifida et qui avait guéri, mais qui avait perdu la sensibilité de la face interne des cuisses. La moelle était rentrée dans le canal rachidien, et à la place de la tumeur, on ne voyait plus qu'une cicatrice, qui ressemblait à celle d'un vésicatoire.

M. *Cruveilhier*. M. *Darcet* a présenté une tumeur pareille, qui ne contenait qu'un nerf, mais ce nerf était replié.

18. M. Allaux fait voir une communication accidentelle de la fin de l'intestin grêle avec le rectum, observée dans les conditions suivantes :

La femme M..., âgée de soixante et quinze ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 août 1859, dans le service de M. Legroux. Cette malade, d'une constitution qui paraît délabrée, très faible, anémique, présente sur tout son corps une teinte jaune-paille, semblable à celle de la cachexie cancéreuse. Cette femme est très maigre, et à travers ses parois abdominales amincies et flasques, on sent diverses tumeurs de volume variable, les unes de la grosseur d'un œuf de poule, les autres d'un volume moindre. C'est principalement dans la fosse iliaque droite qu'il est permis de bien sentir une de ces tumeurs, la plus grosse de toutes. La présence de ces tumeurs et l'aspect extérieur de la malade nous font penser à une affection cancéreuse des intestins ou de l'épiploon.

Comme antécédents, cette femme nous dit d'une manière très positive que huit ans auparavant elle avait fait une maladie grave, pendant laquelle elle était restée couchée longtemps. Son ventre était devenu très gros, suivant ses propres expressions. Elle éprouvait de violentes coliques avec vomissements répétés dont elle ne peut préciser la nature, et suppression des selles. Elle resta dix jours environ dans cet état, et subitement elle se sent soulagée par une évacuation abondante de matières fécales. A peu près rétablie, elle éprouvait néanmoins quelques coliques de temps en temps.

D'une condition misérable, cette femme, mal nourrie et manquant des choses les plus indispensables à l'entretien de la vie, a vu ses forces diminuer avec l'âge, et c'est pour cela qu'elle est entrée à l'hôpital, où nous avons pu constater son état. La faiblesse de cette malheureuse va en augmentant, et elle succombe trois jours après son arrivée dans la salle.

L'autopsie ne nous a pas permis de rien constater de bien important du côté des viscères de la tête et de la poitrine. Dans l'abdomen, nous n'avons pas trouvé de trace des tumeurs cancéreuses dont nous avions soupçonné l'existence. Dans le gros intestin, et principalement dans le cæcum, nous constatons la présence de masses dures, arrondies, formées par des matières fécales anciennes et décolorées, mais nous avons trouvé une disposition des

intestins parfaitement en rapport avec les symptômes que cette femme avait éprouvés huit ans auparavant.

Voici du reste la description de la pièce :

A part la présence de ces matières dures dont nous avons parlé, on ne trouve rien de remarquable dans le gros intestin.

Il n'en est pas de même de l'intestin grêle, qui, à un mètre de la valvule iléo-cæcale, communique avec la partie supérieure du rectum. Entre cette valvule et la partie qui s'ouvre dans le rectum, cet intestin est uniformément rétréci et présente 2 centimètres $\frac{1}{2}$ de circonférence. Il n'en est pas de même du bout supérieur, qui s'étend de l'estomac à l'ouverture accidentelle; celui-ci est très largement dilaté, et a une circonférence de 9 centimètres.

Les deux bouts de l'intestin grêle qui s'abouchent dans le rectum sont presque parallèles. Un peu avant de s'ouvrir dans ce dernier organe, ils paraissent avoir contracté des adhérences par leur surface de contact. Le bout supérieur communique avec le rectum par une ouverture assez dilatée pour permettre la libre circulation des matières fécales. Le bout inférieur, au contraire, ne communique avec ce même intestin que par une ouverture petite et laissant passer au plus une sonde de femme. Les bouts supérieur et inférieur, par leur juxtaposition, forment un éperon saillant dans la cavité rectale.

D'après l'examen attentif de la pièce, on dirait que l'intestin grêle s'est engagé dans une déchirure de la partie supérieure du mésorectum; en un mot, dans le point où cette partie du péritoine cesse d'envelopper le rectum, de façon à constituer une hernie interne.

Le collet de cette hernie aurait été formé par la déchirure du mésorectum. La portion de l'intestin grêle qui se serait engagée dans cette déchirure aurait été étranglée, et serait devenue cause des symptômes d'étranglement interne mentionnés par la malade. Plus tard, l'anse herniée se serait ouverte dans le rectum, comme il arrive quelquefois que les hernies étranglées se font jour à l'extérieur par la perforation de leurs enveloppes. Dès lors, l'étranglement aurait cessé, et la malade aurait dû le rétablissement du cours des matières à cet anus contre nature, tout à fait comparable

à celui qui s'établit dans la région inguinale ou crurale, à la suite des hernies étranglées terminées par la gangrène de l'intestin.

14. M. Raynaud montre une *hypertrophie du corps thyroïde simulant un anévrysme*.

Ce vieillard est entré dans le service pour une rétention d'urine. Il se plaint de la difficulté et de la douleur qu'il éprouve dans la miction. Il urine par regorgement. Le palper abdominal fait constater une tumeur formée par la vessie distendue, qui s'étend plus à gauche qu'à droite, et remonte jusqu'à l'ombilic. La sonde peut pénétrer avec facilité dans la vessie. Le doigt introduit dans le rectum constate, à 3 centimètres environ au-dessus de l'anus, une tumeur constituée par la prostate, énormément augmentée de volume, et dont on ne peut atteindre le bord supérieur.

Mais l'attention est surtout attirée par une altération notable de la voix, caractéristique de la compression du larynx, ou d'un des nerfs laryngés inférieurs.

La partie antérieure du cou présente un défaut notable de symétrie.

Le larynx est fortement déjeté à gauche, et la trachée présente une direction très oblique dans le même sens.

A droite, et immédiatement au-dessus de la clavicule, on voit une tumeur placée derrière le sterno-mastoidien, débordant le faisceau sternal de ce muscle, et remontant presque au bord inférieur du cartilage thyroïde. A ce niveau, les veines sous-cutanées sont variqueuses. En dehors, on peut suivre le trajet de la carotide, repoussée à droite par la tumeur. Celle-ci est dure, pulsatile, présentant les battements énergiques des anévrysmes en rapport avec les gros vaisseaux. A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle unique.

Le malade donne peu de renseignements sur le développement de cette tumeur. On sait seulement qu'il lui avait été fait un traitement pour cet objet, il y a quatre ans.

Le malade, sorti le 28 juin, rentre à l'hôpital le 23 novembre, dans un état d'épuisement qui fait craindre une mort prochaine. Il a toujours la même difficulté de respiration. Il entre cependant encore cette fois pour se faire traiter des troubles des voies urinaires.

Il est de nouveau examiné, et cette fois on constate un bruit de souffle aux *deux temps*.

Lorsqu'on lui ordonne de faire des mouvements de déglutition, la tumeur reste parfaitement immobile.

M. Nélaton persiste dans son diagnostic : anévrysme, probablement de la crosse de l'aorte, peut-être du tronc brachio-céphalique.

Le malade, qui dépérissait de jour en jour, s'éteint le 12 décembre 1859.

L'autopsie est venue donner un démenti complet au diagnostic porté pendant la vie. Il n'existe pas d'anévrysme, et cependant, à l'ouverture du sujet on a pu croire qu'il y en avait un. On voyait une tumeur occupant la partie supérieure du thorax et la partie inférieure du cou, en arrière du muscle sterno-hyoïdien, et dont les véritables rapports avec la crosse de l'aorte étaient masqués par le passage du tronc veineux brachio-céphalique. Mais une dissection plus attentive fait voir que cette tumeur est en réalité isolée, entourée de toutes parts de tissu cellulaire, dont elle est facile à détacher. La carotide primitive droite passe à son côté externe et postérieur, la trachée est fortement aplatie. Le lobe gauche du corps thyroïde est parfaitement normal. Quant au lobe droit, c'est lui qui, atteignant le volume du poing d'un adulte, a pu simuler une tumeur. Il est remarquable que ces deux lobes sont complètement indépendants. Pour enlever toute espèce de doute, les artères thyroïdiennes supérieure et inférieure sont disséquées. Elles ont leur volume normal. Elles se rendent en effet à la masse en question. Celle-ci, fendue, montre un tissu rouge, ramolli, friable, présentant à son centre un énorme épanchement de sang coagulé.

Le refoulement de la trachée rend facilement compte de l'immobilité de la tumeur pendant les mouvements d'ascension du larynx. Quant au double bruit de souffle, en voici très probablement l'explication. La crosse de l'aorte est considérablement dilatée, au point d'avoir au moins doublé de volume. Le ventricule gauche du cœur est très hypertrophié, et les valvules sigmoïdes de ce côté présentent d'épaisses ossifications qui n'en permettent pas le contact parfait et amènent un léger degré d'insuffisance.

La prostate présentait du reste l'hypertrophie considérable signalée pendant la vie. Les colonnes charnues de la vessie sont très

épaissies, les uretères distendus par l'urine, les reins très congestionnés. La face convexe du foie se fait remarquer par quelques fausses membranes, qui font supposer que le malade a succombé à une péritonite latente.

15. M. Guyon présente une luxation du radius assez rare, qu'il a trouvée dans un des pavillons de l'École pratique. C'est une luxation complète en arrière et très ancienne, recueillie chez un homme de cinquante ans. Probablement elle date de l'enfance. Il n'y a qu'une déformation de l'article, elongation de la capsule, le ligament étant resté sain.

La position du membre était en demi-pronation, la supination complète était impossible.

Le ligament interosseux n'existait pas à la partie supérieure.

16. M. Siredey présente un *fungus de la vessie*, observé chez une femme de cinquante-cinq ans, ayant succombé dans un état cachectique très prononcé.

Voici, en quelques mots, l'histoire de cette malade, entrée le 13 octobre 1859 dans le service de M. Aran. Son affection débuta, il y a deux ans environ, par une abondante hématurie, qui dura quinze jours. Depuis cette époque, il ne se passa pas de mois sans que ce phénomène se renouvelât plusieurs fois, mais avec une moindre durée (deux ou trois jours).

Vers le mois de juillet 1859, la miction devint douloureuse; l'urine contenait de petits graviers, elle était trouble et laissait déposer une masse rougeâtre qui renfermait parfois de petits caillots sanguins. C'est ce qu'il est facile de constater encore lorsque la malade entre à l'hôpital Saint-Antoine.

Le col de l'utérus est sain. En arrière de la symphyse pubienne, on sent une tumeur indépendante du corps de l'utérus. L'introduction d'une sonde dans la vessie permet de reconnaître que cet organe est le siège d'une lésion. Il s'écoule par le cathétérisme une urine trouble, très fétide. L'état général est déplorable. Bruit de souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou.

L'amaigrissement fait des progrès rapides, et le 25 décembre la

malade succombe, arrivée au dernier degré de la cachexie cancéreuse, ayant présenté dans les derniers temps de la vie un œdème du membre inférieur droit.

Autopsie. — La vessie contient une sanie putride. Ses parois sont épaissies, sa cavité est diminuée, et la muqueuse, altérée dans sa texture, offre un aspect fongueux grisâtre. Les deux uretères sont distendus par de l'urine, le droit plus que le gauche. C'est du reste de ce côté que le fungus semble avoir pris son plus grand développement.

Double hydronéphrose, causée par la rétention de l'urine dans les uretères, les calices et le bassin. Hypertrophie et rougeur de la muqueuse utérine. Liquide sanieux dans la cavité de l'organe, adhérences anciennes des annexes.

Gaillots sanguins oblitérant les veines fémorale et iliaque externe du côté droit. C'est au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, à l'endroit où le vaisseau est englobé dans une masse cancéreuse ayant pour siège probable les ganglions dégénérés, que s'est produite l'oblitération.

M. Siredey insiste, en terminant, sur deux particularités de ce fait. La distension des uretères, des calices des bassins par l'urine, causée par un obstacle mécanique, et l'absence d'accidents urémiques qu'il a eu l'occasion d'observer dans des cas analogues.

17. M. Launay montre une *difformité congénitale de la main gauche et des deux pieds*, chez un **enfant nouveau-né**.

Les orteils sont réunis et palmés. La main gauche offre une particularité assez intéressante : c'est une sorte de lien fibreux qui étreint la base d'une tumeur offrant le volume d'un pois, située au bord phalangien du métacarpe, entre le pouce et l'auriculaire. Sauf ces deux doigts, il n'y a pas trace des autres.

Bien qu'il n'ait pas pu voir la disposition des membranes placentaires de cet enfant, le présentateur pense que c'est là un exemple de bride dépendant d'une disposition particulière des enveloppes fœtales. Ce fait lui semble pouvoir être rapproché de ceux invoqués par Montgomery pour la théorie des amputations spontanées dans le sein de la mère.

M. Moreau. La Société anatomique s'est occupée à plusieurs reprises de la question des amputations spontanées pendant la vie intra-utérine, à propos de faits analogues à celui-ci. J'ai présenté une pièce sur laquelle il était facile de voir le mécanisme de ces anomalies, et de surprendre en quelque sorte la nature sur le fait. Des brides partant des enveloppes fœtales avaient déterminé sur les membres, en différents endroits, des sections plus ou moins complètes.

18. M. Lemarié montre des *productions accidentelles de la rate*, chez une femme morte de péritonite suraiguë. Dans cet organe, de volume normal, on trouve un assez grand nombre de corps blancs, sphériques, lisses, très durs, dont le volume varie depuis celui d'une lentille à celui d'une petite cerise. Les uns sont dispersés dans le parenchyme de l'organe, les autres sont plus superficiels; deux enfin semblent avoir repoussé en totalité la membrane fibreuse, à tel point qu'ils ne sont plus recouverts que par le péritoine.

Ces productions pathologiques de la rate ressemblent assez, quant à leur aspect extérieur, au tissu osseux; mais le microscope n'y a trouvé ni l'élément anatomique propre des os, ni les canalicules de Haven, ni les vaisseaux qui les parcourent.

L'analyse chimique y a fait découvrir :

Parties organiques.....	25,64
Parties inorganiques....	74,36

Ces parties inorganiques sont :

Phosphates de chaux...	60
Carbonates de chaux...	12

19. M. Lefort montre une *ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites à leur origine*, pratiquée pour un anévrysme traumatique faux consécutif de la sous-clavière, opération pratiquée par M. Cuvellier, médecin en chef des hôpitaux militaires de Milan.

La pièce a été recueillie à l'hôpital San Ambrogio de Milan. II

s'agit d'un soldat du 7^e chasseurs à cheval, blessé à Magenta, le 4 juin, de deux coups de baïonnette : l'un pénétra dans le deuxième espace intercostal droit, et blessa le poumon ; l'autre pénétra dans le creux sus-claviculaire du même côté. Le blessé eut pendant quinze jours des expectorations sanguines assez abondantes. On croit constater l'existence d'une pleuro-pneumonie du côté lésé.

Les deux plaies se cicatrisèrent assez rapidement, mais il survint après quelques jours des douleurs violentes, se ramifiant dans le membre supérieur avec les nerfs issus du plexus brachial. Bientôt une tumeur se montra dans la région sus-claviculaire, présentant tous les symptômes de l'anévrysme. On crut devoir opérer, dans l'espoir de faire cesser les douleurs et dans la crainte de voir le sac anévrysmal se rompre sous l'effort du sang.

Le 26 août, on fit une incision parallèle à la clavicule. Les muscles sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien et thyroïdien furent divisés à leur insertion inférieure. La carotide fut liée la première, et la sous-clavière quelques minutes après.

Sauf un peu de cyanose à la face, il n'y eut aucun trouble nerveux ou cardiaque. Vingt-quatre heures après l'opération, la tumeur avait diminué du tiers.

Le 31, le pouls radial, qui du côté opéré avait cessé après la ligature, est de nouveau perceptible.

Le lendemain, 1^{er} septembre, une hémorrhagie se déclare par la plaie. Elle reparait les deux jours suivants, et le malade, très anémique, mourut dans la soirée du 3.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans la poitrine un épanchement de sang pur, contenant des caillots en voie de transformation ; sa quantité est d'un kilogramme. La poche qui les renferme est formée de couches fibrineuses des parois, dont l'épaisseur varie de 2 à 6 millimètres. Cet épanchement paraît dater du moment de la blessure. Du côté de la plaie faite par l'opération, la plèvre est intacte. Un peu de pus a fusé dans le médiastin percé.

Les deux bouts de la carotide sont distants de plus d'un millimètre. Le bout central renferme un second caillot, mou, noirâtre, mais suffisant. Le bout périphérique est solidement oblitéré.

La sous-clavière a été liée à 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de son origine. Le bout central est oblitéré par un caillot ovarique allant jus-

qu'au tronc brachio-céphalique, qui est resté parfaitement perméable.

Le bout périphérique ne présente aucune trace de caillot, non plus que les artères qui en proviennent. La ligature a été appliquée immédiatement en dedans de l'origine de la vertébrale.

Le sac anévrysmal renferme quelques caillots, dont la périphérie est en voie de transformation. Il est divisé en deux parties par une sorte d'étranglement dans lequel passe le tronc de la sous-clavière. Cette artère ne présente pas de solution de continuité dans la partie ansée de sa circonférence, mais en arrière elle se confond avec les parois de la poche. La veine est intacte.

La tumeur est enveloppée par les branches du plexus brachial, qu'elle a écarté de manière à s'en recouvrir. Les deux branches d'origine du médian se trouvent des deux côtés opposés de la tumeur (4).

30. M. Gros montre un *rétrécissement du bassin* chez une femme rachitique âgée de trente-quatre ans, primipare. Aucun médecin ne l'a examinée pendant sa grossesse.

Le travail commença le 24 mai 1859, à sept heures du matin. Le 25 mai, dans la matinée, elle envoya chercher un médecin de la Chapelle (M. Créquy), qui, reconnaissant la nécessité d'une opération, adressa la malade à la Maison de santé. Elle y entra trente-six heures après le commencement du travail; les eaux s'étaient écoulées. L'enfant était mort.

M. Monod se décida à faire la céphalotripsie. Il fit la section de la tête à l'aide des ciseaux de Smellie, et chercha, mais inutilement, à extraire l'enfant.

Le lendemain 26, vingt-quatre heures après les premières tentatives, il recommença. La tête fut extraite avec de grands efforts, puis le cou, enfin le reste du corps de l'enfant.

La délivrance faite, la femme mourut un quart d'heure après. Elle avait perdu une quantité considérable de sang.

(4) Voyez dans la GAZETTE DES HÔPITAUX de 1860, page 130, le Rapport de M. Giraldès à la Société de chirurgie.

A l'autopsie, on trouva :

1° Une péritonite généralisée, avec sérosité purulente, fausses membranes recouvrant les anses de l'intestin grêle, les reliant entre elles par de récentes adhérences.

2° La cavité utérine pleine de caillots.

3° Le cul-de-sac postérieur du vagin présentait à gauche une large déchirure (4 à 5 centimètres de diamètre).

4° Les diamètres du bassin séparé des parties molles étaient les suivants :

<i>Détr. supér.</i>	Diamètre antéro-postérieur.	5,4 cent.
	Diamètre transverse. . . .	40,4
<i>Détr. obliques</i> (inégaux), l'un à	40,4, l'autre	9,3
<i>Détr. infér.</i>	Diamètre antéro-postérieur.	8,9
	Diamètre transverse. . . .	9,5

M. Millard a fait les réflexions suivantes dans son rapport. Une femme rachitique, âgée de trente-quatre ans, primipare, arrive au terme de sa grossesse sans avoir jamais consulté de médecin ni de sage-femme. Ce n'est qu'au bout de trente-six heures de travail que M. le docteur Créquy est appelé et reconnaît un rétrécissement du bassin de l'espèce la plus grave. On porte la malade à la Maison de santé, et M. Monod se trouve alors appelé à résoudre un grave problème. Les dimensions du détroit supérieur étant au-dessous de 6 centimètres $1/2$, il n'y a pas d'autres ressources que l'opération césarienne ou la céphalotripsie ; laquelle choisir ? Si l'enfant eût été vivant, M. Monod se fût peut-être décidé pour l'opération césarienne. Si elle compromet la vie de la mère d'une manière presque fatale, elle a l'avantage au moins d'assurer le plus souvent celle du fœtus. La céphalotripsie, au contraire, sacrifie sûrement cette dernière, tout en compromettant l'autre ; mais ici la mort de l'enfant était certaine. Il n'y avait donc à se préoccuper que de la mère, et l'application du céphalotribe paraissait devoir lui offrir plus de chances de salut que l'opération césarienne. Malheureusement, on ne croyait pas le bassin aussi rétréci qu'il l'était en réalité, et cette application fut des plus laborieuses ; elle ne réussit qu'au bout de vingt-quatre heures, dans une seconde tentative ; la malade expira d'épuisement un quart d'heure après la délivrance. En présence de ce funeste résultat, expliqué à l'autopsie par une déchirure

rure du cul-de-sac postérieur du vagin, avec une péritonite généralisée, et surtout par l'étroitesse extrême du détroit supérieur, lequel ne mesurait pas plus de 54 millimètres d'avant en arrière, M. Monod exprima le regret de n'avoir pas couru les chances de l'opération césarienne. Il était en cela d'accord avec les accoucheurs les plus distingués, comme le prouve le passage suivant, emprunté à M. Cazeaux (*Traité d'accouchements*, 4^e édition, p. 644) :

« Lorsque le bassin, dit-il, a moins de 5 centimètres (on voit que » 2 millimètres seulement nous séparent de cette limite extrême), » il n'est plus permis de songer à l'extraction du fœtus par les » voies naturelles ; l'opération césarienne est la seule admissible, » dans ce cas. L'extraction de la base du crâne, après la perfora- » tion de la voûte et l'évacuation de sa cavité, exige en effet alors » de si nombreux tâtonnements, de si violents efforts, des pressions » et des distensions si répétées et si douloureuses, que les chances » de salut pour la mère, après ces pénibles tentatives, quelquefois » même sans résultat, ne sont pas plus favorables que celles qui » suivent l'opération césarienne. »

Pour prévenir de semblables dangers, il n'est, vous le savez, qu'un moyen, l'*accouchement prématuré artificiel*, moyen qui, en dépit de préjugés étroits et de scrupules surannés, a définitivement conquis sa place dans la thérapeutique obstétricale. Il est possible que ce moyen même n'eût pas été applicable au cas que j'examine, tant l'étroitesse du bassin était prononcée ; peut-être eût-il fallu pratiquer l'avortement. Dans tous les cas, on ne saurait trop regretter que, par une incroyable incurie, ou plutôt par ignorance du danger, une femme aussi mal conformée attende jusqu'au dernier moment pour consulter une personne de l'art. Pour nous du moins, tirons de là cet enseignement que, toutes les fois que l'accoucheur sera appelé à temps pour examiner une femme rachitique, il ne saurait apporter trop de soin à la mensuration du bassin, afin d'apprécier s'il y a ou non péril à laisser la grossesse arriver à terme. .

Quant au rétrécissement examiné en lui-même, je ne veux faire qu'une remarque : c'est que, si l'inégalité du diamètre oblique permet de le considérer, en effet, comme appartenant à la variété dite *oblique ovalaire*, cependant cette inégalité est ici bien faible, puisqu'elle ne dépasse pas 44 millimètres ; et, d'un autre côté, le

caractère assigné, peut-être à tort, comme pathognomonique, par Nægele, à cette variété (je veux parler de l'ankylose d'une des articulations sous-iliaques), n'existait pas.

21. M. Camille Gros montre un cas d'endocardite dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — Mademoiselle M..., âgée de vingt-neuf ans, très fortement constituée, très grasse, d'une bonne santé habituelle, entra, le 28 mai 1859, à la Maison de santé, dans le service de M. Vigla, pour y être traitée d'un rhumatisme articulaire dont le début remontait à quinze jours environ. Le rhumatisme était de forme erratique, et avait envahi, à plusieurs reprises, les principales articulations, genoux, coudes, poignets, épaules, s'accompagnant d'une fièvre modérée, d'inappétence, sans dyspnée. C'était la première attaque que la malade eût jamais éprouvée.

A son entrée, la malade présentait tous les caractères du rhumatisme articulaire : douleurs, roideur des jointures, léger gonflement, pouls à 80 pulsations. Les articulations qui étaient le siège du mal furent envahies successivement et à plusieurs reprises. (Sulfate de quinine, 60 à 80 centigrammes; julep avec alcoolure d'aconit, 4 à 8 grammes). Pendant une douzaine de jours, M. Vigla n'observa chez elle aucun symptôme remarquable; mais, vers le treizième ou quatorzième jour, près d'un mois, par conséquent, après le début du rhumatisme, le pouls prit un développement et une fréquence des plus marqués. Il s'éleva à 115, devint très dur, vibrant; en même temps, la face devenait très rouge, la peau chaude, et cet état fébrile coïncidait avec la rémission de l'état local. En effet, les douleurs articulaires, la roideur, avaient, à cette époque, disparu à peu près entièrement.

En même temps que cette fièvre se déclarait, on assista, par l'auscultation, au développement des symptômes suivants du côté du cœur :

Bruits de souffle à la région précordiale, existant d'abord au premier temps, et dont le timbre et l'intensité s'altèrent, se renforçant de jour en jour. Ce bruit étant surtout prononcé au niveau de la base du cœur, deux ou trois jours après il se déclarait aussi un bruit de souffle au second temps, et peu à peu ils prirent un

timbre métallique. Ces symptômes annonçaient une endocardite, et expliquaient l'invasion de cette fièvre secondaire à délire brusque et à forme si intense. Les bruits étaient assez superficiels ; quant à la fièvre, après la période de chaleur, survenaient des frissons accompagnés de pâleur de la face, état violacé des lèvres, agitation. Du moment où cet état fébrile a débuté, jusqu'à la mort de la malade, il a persisté sans interruption, n'offrant que de faibles rémissions. Des sangsues furent appliquées à trois reprises différentes, à l'anus et à la région du cœur. L'intelligence restait nette, les émissions sanguines n'amènèrent que très peu de soulagement. Dans les derniers jours de la maladie, il y eut du délire par intervalles, et, quinze jours après l'explosion de ces accidents cardiaques, la malade mourut, après avoir présenté, dans la dernière journée, des signes d'asphyxie, c'est-à-dire pâleur des téguments, dyspnée très grande, état violacé des lèvres.

A l'autopsie, l'examen du cœur a rendu compte de ces accidents : on a trouvé deux des valvules sigmoïdes de l'aorte considérablement épaissies, bosselées, ramollies, perforées chacune en un point, et constituant une masse albumino-fibrineuse, qui jetait des prolongements jusque dans la partie supérieure des ventricules.

M. Millard. — On peut regretter que M. Gros ait été aussi sobre de détails dans la relation de l'autopsie faite en quelques lignes seulement ; il n'est rien dit de l'état du péricarde, ni même de la face interne des ventricules, ni enfin des valvules ou des orifices autres que ceux de l'aorte. Une omission non moins regrettable, c'est le défaut d'examen des articulations qui avaient été envahies. Tout le monde sait combien sont rares les occasions de pratiquer cet examen dans les cas de rhumatisme aigu. Durant une période de vingt-cinq années, elle ne s'est offerte que cinq fois à M. Grisolles, qui pourtant a fait des recherches spéciales à ce sujet pour combattre les assertions exagérées de M. Bouillaud (*Éléments de pathologie interne*, t. II). Bien que, dans l'observation présentée par M. Gros, le début du rhumatisme remontât déjà à un mois et demi, et que les phénomènes articulaires se fussent améliorés en même temps que se montrait l'endocardite, je crois que néanmoins il n'aurait pas été sans intérêt de rechercher l'état des principales jointures affectées.

22. M. Gros fait voir un calcul biliaire volumineux, arrêté dans l'S iliaque (4). — Madame L..., marchande de liqueurs, d'une bonne constitution, soixante-trois ans, d'un embonpoint considérable, n'a jamais été malade. Il y a cinq mois, elle fut prise de diarrhée et de coliques avec ténésme anal. Elle a beaucoup maigri, mais ne s'est point alitée.

La diarrhée a persisté malgré tous les traitements. Jamais les selles n'ont été sanguinolentes. Les renseignements sont incomplets, la malade n'ayant pas toute sa raison. Elle entre à la Maison de santé, service de M. Bourdon, le 20 janvier 1859.

M. Fillot, interne du service, constate les faits suivants : face bouffie, teint jaunâtre, langue sèche; pouls à 108; ventre très développé, diarrhée continue, mais sans coliques; les selles sont liquides, jaunâtres, avec un mucus glaireux; inappétence et soif. (Décoction blanche, eau de riz; diascordium, 2 grammes; deux quarts de lavement avec amidon et laudanum; potages : du riz, panades).

On porte la dose de diascordium jusqu'à 6 grammes les jours suivants, et l'on obtient une légère amélioration. Le 31, les selles sont sanguinolentes. Dans la nuit, la malade avait été prise de hoquet; le malaise est extrême; la peau froide, expectoration verdâtre. (Sinapismes.)

1^{er} février. — Les vomissements verdâtres ont continué; la malade a eu du délire pendant la nuit; la peau est froide, le pouls filiforme. La malade meurt dans la journée.

Autopsie le 2 février, trente-deux heures après la mort.

Embonpoint considérable; — pas d'infiltration des membres inférieurs.

En ouvrant la cavité péritonéale, on constate l'absence de péritonite.

Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes à droite, mais il s'avance jusque dans l'hypochondre gauche; il est d'une couleur jaunâtre uniforme, friable, et graisse le papier. Les vaisseaux sus-hépatiques ont acquis un développement énorme; les ramifications de la veine porte n'ont pas changé de diamètre. La paroi

(4) Voyez l'UNION MÉDICALE du 4 juin 1860, où l'observation a été publiée avec plus de détails par M. le docteur Bourdin.

(Note du Secrétaire.)

abdominale est adhérente au foie, au niveau de la vésicule du fiel qui n'existe plus; mais, à sa place, on trouve une masse très dense de tissus indurés, au milieu desquels on voit une partie du côlon qui fait corps avec le tissu du foie. Cette portion de l'arc du côlon est le siège d'une perforation du diamètre d'une pièce de 5 francs. La muqueuse du côlon qui environne ce point est épaissie et indurée, et, à mesure qu'on avance, l'induration, comme lardacée, augmente. Au niveau du côlon descendant, la muqueuse boursofflée présente des sugillations sanguines qui occupent des plaques plus ou moins étendues de la muqueuse.

Ces lésions sont plus marquées dans l'S iliaque qui, au moment où elle va aboutir au rectum, est le siège d'une dilatation considérable, et loge un calcul du volume d'un gros œuf de poule, d'aspect verdâtre, savonneux au toucher, d'un poids spécifique peu considérable.

La partie de la muqueuse où est logé le calcul est le siège d'ulcérations superficielles occupant les follicules et reposant sur une muqueuse hypertrophiée. La fin de l'S iliaque est le siège d'un rétrécissement qui se continue jusqu'au rectum. — La muqueuse de l'estomac, du duodénum et du reste de l'intestin grêle est pâle, et n'est ni ramollie, ni hypertrophiée. La rate présente son volume et sa consistance normales.

Les poumons, d'une couleur blanc sale, sont emphysémateux sur leurs bords.

Le cœur est surchargé de graisse, légèrement hypertrophié; la valvule mitrale présente quelques plaques laiteuses. Le cerveau n'a pas été examiné.

23. M. C. Gros présente un *mal de Pott* occupant presque toute la colonne vertébrale. — Guilbert (Alfred), âgé de quinze ans et demi, entra dans la salle Saint-Louis (hôpital des Enfants), le 5 août 1856, et fut soigné par M. Bouvier. Il passa dans la salle Saint-Marcou le 27 janvier 1857.

On constata dans la région lombo-dorsale une gibbosité énorme, avec fistules nombreuses à ce niveau, et deux trajets fistuleux aux régions postérieure et interne de la cuisse.

L'enfant marche et retient ses urines et ses matières ; léger amaigrissement. (Huile de foie de morue.)

En *avril*, l'albumine en très petite quantité dans les urines. (Précipité par la chaleur et par l'acide nitrique, etc.)

En *mai*, les urines deviennent normales.

En *août*, urines légèrement albumineuses. (Précipité par la chaleur, non soluble dans l'acide acétique ; précipité par l'acide nitrique.)

L'huile de foie de morue est remplacée depuis le commencement de l'été par le sirop d'iodure de fer et le vin de quinquina.

En *octobre*, l'enfant est pris de diarrhée ; il tousse, mais ne présente pas de signes de tubercules pulmonaires ; les urines sont toujours albumineuses.

L'enfant continue à marcher et à garder ses matières et ses urines. A la fin de décembre, il eut des vomissements répétés. Ses urines ne présentaient plus que des traces d'albumine.

Je dois les détails qui précèdent à l'obligeance de M. le docteur Fournier, alors interne de service. Quand je lui succédai, le 4^{er} *janvier* 1859, je trouvai l'enfant très amaigri ; l'incurvation de la région lombo-dorsale, parfaitement régulière, se terminait, au niveau de la région lombaire et de celle du sacrum, par une saillie angulaire des plus caractérisées.

Les fistules de la région lombaire et celles de la cuisse donnaient issue à une grande quantité de pus. (Huile de foie de morue ; vin de quinquina.)

L'enfant marche, mais avec peine.

45 *février*. — Pas d'albumine dans les urines.

Vers le milieu de l'été, il présenta des symptômes de paralysie du côté du rectum et de la vessie. Il se coucha le 44 juillet pour ne plus se relever. Il fut pris de fièvre hectique, de diarrhée colliquative, et mourut le 25 août dans le marasme.

Autopsie. — Les fistules nombreuses qui se trouvent à la région lombo-dorsale et à la cuisse proviennent d'une *ostéite suppurée* occupant le corps de toutes les vertèbres, à partir de la deuxième vertèbre cervicale jusqu'au sacrum.

Les disques intervertébraux de toutes les vertèbres dorsales malades sont détruits ; les couches superficielles des corps ont disparu. Les corps des cinq vertèbres lombaires sont écrasés, réduits

au dixième de leur volume, et réunis par du tissu fibreux. Malgré cet écrasement, le canal vertébral n'est pas rétréci à ce niveau, et la queue de cheval paraît comprimée par le pus qui s'est infiltré entre la dure-mère et l'os dans la région sacrée.

Le pus provenant de la destruction des corps vertébraux s'était frayé une issue dans différentes directions :

1° Par les fistules nombreuses de la région dorsale ;

2° Au milieu des fibres dissociées du muscle psoas iliaque, et était venu s'ouvrir au niveau de l'attache inférieure du psoas ;

3° Le long de la face antérieure du sacrum, dans le petit bassin, où il s'était accumulé ;

4° Entre la dure-mère et l'os, dans la région sacrée, où il comprimait les nerfs de la queue de cheval.

Les muscles longs du dos présentent la dégénérescence graisseuse.

Le foie a une coloration noir de muscade.

Les reins sont *anémiques*, comme dans la maladie de Bright.

Un ganglion bronchique du volume d'une noisette est manifestement tuberculeux, mais le péritoine et les poumons ne présentent pas de tubercules.

Je ferai remarquer, à l'occasion de cette communication :

1° L'altération de la colonne vertébrale, qui n'était ni une carie, ni une affection tuberculeuse des os, mais bien une ostéite suppurée..

Sur plus de douze autopsies de mal de Pott faites en 1858 à l'hôpital des Enfants, jamais nous n'avons rencontré de tubercules des os.

2° L'état anémique des reins, la présence de l'albumine dans les urines, et de plus l'intermittence de son apparition dans le courant de la maladie, phénomènes curieux sur lesquels M. le docteur Fournier a déjà appelé l'attention de la Société.

3° L'absence de tubercules dans les poumons. Nous n'avons trouvé qu'une seule exception à cette règle dans toutes les autopsies de mal de Pott faites en 1858 à l'hôpital des Enfants.

24. M. Gros fait voir une *hydrocéphalie chronique avec tumeur tuberculeuse du cervelet*, observée chez un enfant de cinq ans. —

Il était entré à l'hôpital pour une *adénite cervicale suppurée* et un *eczéma de l'oreille*.

Il avait alors de l'embonpoint, de l'appétit et de l'intelligence.

Vers le mois de mai, il se mit à loucher; il trébuchait en marchant et se laissait tomber. On remarqua aussi de l'affaiblissement dans son intelligence.

Ces symptômes allèrent en s'aggravant : la marche devint impossible, son regard incertain, sans expression, son intelligence plus faible. Le volume de la tête augmenta surtout au niveau des bosses pariétales; de temps en temps l'enfant était pris de vomissements.

En mai, les membres inférieurs devinrent analgésiques.

En septembre, la perte de la vue fut complète. L'intelligence n'était point encore tout à fait anéantie : ainsi l'enfant reconnaît quelques personnes à leur voix, et répond souvent aux questions qu'on lui adresse. Il sépare ses paroles par *syllabes*, qu'il articule avec effort en les séparant, et le plus souvent à intervalles éloignés. De temps à autre il pousse des éclats de rire sans cause, et la nuit il est réveillé en sursaut par des terreurs en poussant des cris violents. Incontinence des matières fécales et des urines.

Je dois les détails qui précèdent à l'obligeance de M. le docteur Fournier, alors interne à l'hôpital des Enfants.

A mon arrivée dans le service au 1^{er} janvier 1858, je trouvai l'enfant plongé dans un état comateux alternant avec de légers mouvements convulsifs dans les membres supérieurs, et contraction dans le bras droit. La tête avait atteint un volume considérable, et un écoulement séro-purulent se faisait par l'oreille droite.

Malgré l'appétit vorace du malade, l'amaigrissement faisait des progrès, et les matières fécales et les urines continuaient à être rendues involontairement.

La tête augmenta continuellement de volume. L'écoulement séro-purulent de l'oreille devint fétide et de plus en plus abondant; l'amaigrissement devint extrême, et l'enfant s'éteignit dans le coma; le 13 août 1858.

L'autopsie fut faite le 14 août.

Pas de sérosité dans les méninges. Les ventricules latéraux, considérablement dilatés, renferment plus d'un litre de sérosité incolore.

Le cervelet renferme dans sa partie moyenne, et entièrement recouverte par la substance cérébelleuse, une tumeur sphérique, de la grosseur d'un gros œuf de poule, qui comprimait les sinus latéraux, les sinus occipitaux postérieurs, le pressoir d'Hérophile et l'aqueduc de Sylvius, rendait compte de l'hydropisie.

Cette tumeur, examinée par M. Robin, présentait tous les caractères microscopiques des tumeurs tuberculeuses.

Le poumon et le péritoine ne renfermaient pas de tubercules, mais on trouva un tubercule cru dans un des ganglions bronchiques.

L'écoulement purulent de l'oreille était dû à une carie de l'oreille moyenne avec destruction de la membrane du tympan.

La compression du cervelet, des lobes cérébraux et des couches optiques, constatée à l'autopsie, rend parfaitement compte des troubles du mouvement, de l'intelligence et de la vue, observés pendant la vie.

M. Millard s'est exprimé ainsi dans son rapport : La tuberculisation du cervelet compliquée d'hydrocéphalie s'est révélée chez le petit malade par un ensemble de symptômes qu'on rencontre rarement aussi complet, et qui ne laissait aucun doute sur l'existence d'une tumeur intracrânienne. Affaiblissement graduel de l'intelligence arrivant jusqu'à l'idiotie; lenteur caractéristique de la parole forçant l'enfant à articuler syllabes par syllabes; diminution de l'appétit au début et apparition de vomissements irréguliers, remplacés plus tard par de la gloutonnerie; amaigrissement général, strabisme suivi bientôt de cécité complète, titubation, incertitude de la marche, et plus tard paraplégie absolue du sentiment et du mouvement; incontinence des urines et des matières fécales, et enfin, pour compléter ce tableau, augmentation progressive du volume de la tête, attaques convulsives suivies de coma et de contracture des membres supérieurs.

L'absence de signes prédominants d'un côté permettait de localiser la tumeur dans une des parties centrales ou plutôt médianes de l'encéphale, et, en effet, l'autopsie a révélé qu'elle occupait le lobe moyen du cervelet. Quant à la nature tuberculeuse du produit morbide, elle ne pouvait être présumée qu'en raison de la fréquence chez les enfants de ces sortes de tumeurs cérébrales, les

seules pour ainsi dire qu'on rencontre à cet âge. Y avait-il quelque raison de songer au cervelet plutôt qu'à toute autre partie de l'encéphale! A propos d'un cas tout à fait semblable (si ce n'est que le tubercule occupait un des lobes latéraux du cervelet) que j'ai montré il y a trois ans à la Société, et publié à la page 374 des *Bulletins* de 1857, je m'étais attaché à combattre les conclusions de notre ancien collègue, M. le docteur Decès (de Sheim), lequel, dans son mémoire de l'année 1856, avait présenté le défaut de coordination des mouvements volontaires comme le signe pathognomonique des affections du cervelet. Ici cette discussion ne serait pas possible, car la distinction des mouvements volontaires n'a pas été faite; l'observateur s'est borné à indiquer que l'enfant commença par trébucher, par se laisser tomber, et que plus tard il devint tout à fait incapable de marcher; mais il est bien difficile de dire si cette titubation du début était le résultat d'un défaut de coordination, ou si, au contraire, elle ne tenait pas plutôt à une paraplégie véritable qui s'est complétée peu à peu. Pour expliquer l'hydrocéphalie, ainsi que les troubles de la vue, de la motilité et de l'intelligence, M. Gros s'est borné à dire brièvement que la tumeur, d'un volume énorme, gênait d'une part la circulation dans les sinus latéraux et occipitaux, et dans le pressoir d'Hérophile, et que, d'autre part, elle comprimait les lobes cérébraux et les couches optiques; mais le cas était assez intéressant pour ne pas se borner à cette assertion sommaire. Je pense qu'il eût été préférable de l'appuyer d'une description détaillée des désordres subis par les parties importantes de l'encéphale (tubercules quadrijumeaux, nerfs pathétiques, pédoncules cérébelleux, etc.) qui se trouvaient placées dans le voisinage de la tumeur.

CROUP COMPLIQUÉ DE DIPHTHÉRITE NASALE ET VULVAIRE.—TRACHÉOTOMIE, GUÉRISON. HUIT JOURS APRÈS, ANGINE COUENNEUSE MALIGNE RAPIDEMENT MORTELLE.—ALTÉRATION DU SANG. (Observation par M. Camille GROS, interne des hôpitaux.)

Marie L..., âgée de quatre ans, d'une constitution délicate et nerveuse, mais pleine de vivacité et d'intelligence, sortit il y a trois

semaines (le 16 juin 1858) du service de M. Blache, où elle avait été traitée pour une pneumonie du côté droit.

Elle y rentre le 6 juillet. Depuis deux jours, fièvre, mal de gorge. La voix est rauque depuis la veille, la respiration sifflante, mais lente. Les amygdales de la luette sont couvertes de fausses membranes. La face est pâle; écoulement sanieux et fétide par les narines; fausses membranes dans les narines et à la vulve; râles muqueux nombreux dans les deux poumons, surtout à droite. (Potion de chlorate de potasse, 4 grammes; lait de chèvre, potages.)

Le 7. A sept heures du matin, violent accès de suffocation pendant dix minutes.

Les accès se renouvellent et se rapprochent dans la journée. A neuf heures du soir, nouvel accès plus violent que les précédents. Je fus appelé en toute hâte, et je trouvai l'enfant dans une angoisse extrême, la face pâle et plombée, le corps couvert d'une sueur froide. La voix était complètement éteinte; les inspirations lentes, sifflantes, au nombre de quarante; le creux sous-sternal très marqué à chaque inspiration. Le pouls à 140, mais offrant encore une certaine résistance.

L'enfant, douée d'une grande énergie, se cramponnait avec force aux barreaux de son lit pour venir en aide à son épuisement.

En présence de la diphthérie nasale et vulvaire, et des symptômes généraux, je ne pus m'empêcher de regarder les symptômes laryngés comme une complication d'un empoisonnement diphthéritique devant par lui-même entraîner la mort de la malade. Cependant, tenant compte de l'état du pouls qui offrait encore de la résistance, de la respiration qui n'était pas très fréquente, de l'absence de lésion pulmonaire grave, et surtout de l'énergie extraordinaire de la petite malade; cédant aussi aux instances de la mère du service, qui chérissait cette enfant et avait foi en sa guérison, je me décidai à pratiquer immédiatement la trachéotomie.

L'opération ne présenta aucune difficulté. Le calme qui lui succéda fut immédiat: on eût dit une résurrection. Cinq minutes après la fin de l'opération, la chaleur était revenue aux extrémités, et elle s'endormit bientôt d'un sommeil paisible.

Le 8. L'enfant rejeta par la canule plusieurs fausses membranes

La respiration était calme, et elle prenait avec plaisir son lait de chèvre et quelques cuillerées de potage gras.

Le 9. L'enfant continue à expectorer des fausses membranes ; mais chaque fois qu'il en pénètre dans la canule, elle est prise d'accès de suffocation violents. Des fausses membranes se développent sur les bords de la plaie. M. le docteur Millard, interne du service, les cautérise avec le crayon de nitrate d'argent. Il cautérise également la vulve et la recouvre de poudre de quina jaune.

Le 13. Grâce à l'alimentation au lait de chèvre, aux œufs frais, aux potages, les forces de la malade se relèvent. M. Millard essaye à deux reprises à enlever la canule ; mais la respiration redevenant très laborieuse, on se voit forcé de la lui remettre.

Le 14. Plus de fausses membranes, ni sur la vulve, ni sur la plaie. On ôte la canule de cinq heures à dix heures du soir.

Le 15. L'enfant rend encore des fausses membranes ; on lui laisse la canule.

Le 16. Fièvre, peau chaude, toux fréquente ; signes de bronchite, surtout à gauche. (On diminue l'alimentation. Julep avec 0,40 centigrammes de kermès.)

Le 17. La déglutition des liquides est accompagnée de toux et de menace d'asphyxie ; cependant on parvient à lui faire prendre un peu de nourriture ; elle ne veut plus se séparer de sa canule.

Le 18. On cesse le kermès.

Le 20. La paralysie du voile du palais n'a pas cessé. Les urines sont albumineuses.

Le 24. L'enfant est reprise de fièvre avec toux (kermès).

Le 25. Elle va mieux. M. Millard se voit forcé de rester plusieurs heures auprès d'elle pour la rassurer et lui enlever définitivement la canule.

Le 28. L'enfant sort dans les cours, et, le 31, elle quitte l'hôpital, ayant repris un certain embonpoint.

La plaie est complètement cicatrisée.

On recommande à sa mère de lui donner de l'huile de foie de morue et du vin de quinquina, et on lui prescrit une bonne nourriture.

Le 7 août. La petite fille rentre à l'hôpital. Dans la nuit du 6 au 7 août, elle avait été prise de fièvre, de toux avec oppression. A son entrée à l'hôpital, on ne lui trouve pas de fièvre, mais elle

est pâle et a beaucoup maigri; elle est gaie et manifeste un appétit vorace. Nous pensons, au premier abord, que l'enfant, mal nourrie chez sa mère, a simulé une indisposition pour rentrer à l'hôpital, où elle était choyée par la sœur du service et ses petites compagnes.

Le 8. Elle va bien, mange d'un bon appétit, et passe une partie de l'après-midi dans les cours.

Le 9. Malgré un vent frais et un temps couvert, elle joue pendant l'après-midi dans les jardins. Le soir, elle se plaint de la gorge. Les amygdales sont gonflées et couvertes de productions blanchâtres, pulpeuses, qui se prolongent sur le voile du palais.

Le pouls est fréquent, misérable. La respiration n'offre rien de particulier. La plaie est parfaitement cicatrisée.

Le 11. L'enfant va un peu mieux et se décide à prendre un peu de nourriture.

Le 12. La langue se couvre de muguet. L'amaigrissement fait des progrès surprenants, les yeux s'excavent, et, le 13, l'enfant s'éteint lentement et sans agonie.

Autopsie le 14 août. On constate tout d'abord la cicatrice linéaire de la plaie de la trachée et des téguments

Les poumons sont engoués; les bronches et le larynx sont sains.

En examinant la gorge, on trouve les amygdales et le voile du palais formant une sorte de putrilage grisâtre, livide, et se transformant à la plus légère pression en une bouillie ayant l'odeur fétide de la gangrène. Le sang présente la coloration *jus de pruneaux, jus de tabac*, que M. Millard a consignée dans plusieurs observations de sa thèse.

Extrait du rapport de M. MILLARD.

Il s'agit d'une petite fille de quatre ans qui, trachéotomisée avec succès par M. Gros pour un croup compliqué de diphthérie nasale, valvaire et anale, sort parfaitement guérie, puis rentre à l'hôpital une semaine après, et meurt en quelques jours d'une angine couenneuse maligne n'ayant pas eu le temps cette fois de gagner les voies aériennes. Ce fait, qui s'est passé sous mes yeux, dans le service où j'étais alors interne, offre de l'intérêt à plusieurs points de vue que je signalerai rapidement :

1° La diphthérie des organes génitaux et de l'anus est une complication du croup plus rare qu'on ne l'a dit, et est regardée avec raison, de même que le coryza couenneux, comme l'indice redoutable d'une tendance de la maladie à se généraliser ; mais heureusement elle n'a pas arrêté ici la main de l'opérateur, s'est vite amendée au moyen de la cautérisation, et surtout de la poudre de quinquina, et n'a point, en définitive, empêché la guérison complète en vingt-cinq jours.

2° Les difficultés que nous avons éprouvées pour l'ablation de la canule ont été plus grandes encore que ne l'indique M. Gros. Des tentatives répétées à de trop courts intervalles, et suivies d'accès de suffocation, avaient inspiré à l'enfant une terreur extraordinaire, dont je n'ai pu triompher que le dix-septième jour, en me condamnant à rester plusieurs heures de suite auprès d'elle ; depuis cette époque, revenant à la pratique de M. Trousseau, je n'ai plus jamais essayé l'ablation définitive de la canule avant le sixième jour au moins, et j'ai presque toujours réussi du premier coup.

3° L'angine qui a si rapidement emporté la petite malade était-elle véritablement gangréneuse, comme l'a pensé M. Gros ? Je ne le crois pas ; pour moi, qui ai assisté à l'autopsie, qui ai tenu et examiné depuis les pièces, qui, d'autre part, me suis occupé spécialement de l'angine gangréneuse dans une note insérée l'an dernier dans les *Bulletins* (p. 165), je me rappelle avoir regardé la mortification partielle de l'isthme du gosier comme accessoire, et compliquant, comme cela se voit quelquefois, une angine diphthérique de nature éminemment maligne. Ce serait donc, suivant moi, un nouveau cas de récurrence de diphthérie à joindre à ceux que j'ai déjà rappelés dans ma dissertation inaugurale (p. 24).

4° La malignité de cette récurrence s'est révélée par une sorte d'intoxication foudroyante, et l'intégrité des organes respiratoires montre bien la différence profonde qui sépare ces cas exceptionnels du croup ordinaire, différence qui avait dans le principe échappé au savant auteur du *Traité de la diphthérie*. J'ai relaté ailleurs (thèse, observation III) un cas exactement comparable à celui-ci. avec cette seule différence que c'est six semaines après avoir été guérie d'un croup franc, à forme asphyxique, que la petite malade revint contracter à l'hôpital une angine maligne et un coryza couenneux rapidement mortels.

5° Enfin j'appellerais votre attention sur l'état du sang, qui était trouble et comparable à du *jus de pruneaux* ou de *réglisse*, si je n'avais été le premier à décrire cette altération remarquable à propos du coryza couenneux (p. 37 de ma thèse), et à la signaler comme une preuve flagrante de septicémie.

FIN DU TOME IV (DEUXIÈME SÉRIE).

COMPTE RENDU
DES
TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
POUR L'ANNÉE 1859,

PAR MM. MILLARD ET CHARRIER, SECRÉTAIRES (1).

MESSIEURS,

C'est au moment de vous présenter le compte rendu de nos travaux pendant l'année 1859, que nous sommes plus que jamais pénétrés de l'importance des honorables fonctions que vous nous avez conférées. Pour nous efforcer de la rendre digne de vous, nous aurions voulu pouvoir consacrer à cette œuvre plus de temps et de recherches, et ne pas la restreindre à une sèche et rapide analyse. Nous espérons du moins avoir racheté cette imperfection à force d'exactitude et d'impartialité, et avoir ainsi conquis quelques titres à votre indulgence.

Pour avoir été moins nombreuses peut-être que celles de plusieurs des années précédentes, les communications qui vous ont été faites ne le cèdent cependant en rien sous le rapport de la variété et de l'intérêt. Quelques-unes se distinguent entre toutes, et nous ont semblé dignes d'attirer plus particulièrement votre attention. A l'exemple de nos devanciers, nous avons adopté l'ordre anatomique qui est, pour ainsi dire traditionnel, et qui est éminemment conforme à l'esprit et au titre même de notre Société.

(1) Lu le 31 mai 1860.

Système osseux.

Parmi les lésions du squelette, les *fractures* ont, comme toujours, tenu le premier rang. Je ne ferai que vous signaler une *fracture de la mâchoire inférieure* qui vous a été présentée par M. Chalvet (page 305), comme siégeant au niveau de la symphyse ; mais M. Houël, en y regardant de plus près, vous a fait voir que la solution de continuité était latérale, ainsi que c'est le cas le plus ordinaire : les fractures véritablement médianes du maxillaire inférieur sont en effet très rares. Ce fait a démontré une fois de plus la supériorité de l'appareil de M. Houzelot pour la contention des fragments ; malheureusement cette action a été contrariée par l'agitation continuelle du malade qui était épileptique, et cette circonstance, jointe à l'érysipèle, explique comment, au trente et unième jour de l'accident, il n'y avait pas encore de traces de consolidation.

Le même présentateur vous a fait voir (page 242) une série de *fractures multiples*, dont le nombre et la gravité n'étaient certainement pas en rapport avec la simplicité apparente de la cause (une chute dans un escalier). Elles ne pouvaient s'expliquer que par un concours de conditions qui ont été malheureusement passées sous silence. Il en résulte que tout l'intérêt de ce fait se concentre dans la complication d'hémorrhagie *intra-rachidienne*, constatée à l'autopsie. Elle était tout à fait extra-méningée, avait respecté la moelle et ses enveloppes, et je pense, avec M. Chalvet, que c'est à cet épanchement abondant qu'on doit rapporter la mort rapide du malade, et surtout ces convulsions violentes accompagnées de craquements dans tout le corps, qui s'entendaient à distance. Mais je crois superflu de discuter si l'hémorrhagie avait précédé ou suivi la chute ; elle me paraît être le résultat manifeste de la commotion violente subie par la colonne vertébrale. — A côté du précédent se place tout naturellement un second exemple de *fractures multiples*, qui vous a été apporté par M. Lemarié (p. 327). Mais ici du moins la chute avait eu lieu du haut d'un toit de 20 pieds, et rendait parfaitement compte de toutes les lésions. On vous a expliqué comment l'absence complète des signes locaux avait fait méconnaître pendant la vie des désordres aussi étendus que des

fractures des six premières côtes. Quant à la cause réelle de la mort, elle doit être rattachée plutôt à l'infection purulente qu'à l'intoxication par les matières putrides, admise par M. Lemarié. Les signes qu'il invoque, suppuration de tous les foyers de fracture, fièvre, délire, et surtout teinte subictérique, sont précisément ceux de la phlébite, et peut-être si l'on eût examiné et décrit les poumons, eût-on rencontré des abcès métastatiques.

Un cas de traumatisme du même genre, mais plus complexe encore, vous a été soumis par M. Guerlain; c'est celui de cet ouvrier qui, dans une chute de 20 pieds de haut sur un poutrage de fer, se brisa à la fois la colonne vertébrale, le sacrum, les os coxaux, et enfin le sternum en deux endroits (p. 349). Cette dernière complication offrait seule un certain intérêt tant à cause de sa rareté que par son mécanisme. Tandis, en effet, que la fracture du sacrum et du bassin était manifestement due à un choc direct et à un choc portant principalement sur l'ischion droit, la fracture du sternum, au contraire, semblait être le résultat du contre-coup. Les fractures indirectes de cet os ont été niées à tort; il en existe déjà quelques exemples dans la science, et celui-ci me semble à l'abri de toute contestation: M. Guerlain a parfaitement expliqué comment le bassin se trouvant fixé, le poids de la tête, des épaules et de la partie supérieure du tronc, augmenté de la vitesse acquise, avait dû déterminer une flexion forcée en arrière, et bientôt la rupture du sternum. Cette rupture était double; l'une d'elles, franche, sans déplacement, ne fut reconnue qu'à l'autopsie; l'autre, siégeant au niveau de la soudure de la première avec la seconde pièce du sternum, constituait plutôt un luxation qu'une fracture, si l'on s'en rapporte au mémoire de M. Maisonneuve. Elle rentrait dans l'unique variété, décrite jusqu'ici avec chevauchement de la seconde pièce au-devant de la première, celle que le chirurgien de la Pitié a appelée *luxation du corps du sternum en avant*. On remarquera encore, en passant, la simplicité du moyen par lequel la réduction fut obtenue.

Du côté des membres, à part un cas de *rupture des deux malléoles*, présenté par M. Chalvet (p. 344), et qui consistait plutôt dans un double arrachement de ces deux apophyses, les autres fractures dont il me reste à vous entretenir concernent exclusivement le fémur. La brièveté de l'observation ne me permet pas

d'insister longuement sur la *fracture comminutive* de cet os que vous a fait voir M. Picard. Suivant l'explication donnée par M. le professeur Laugier, la partie supérieure du cylindre osseux avait joué le rôle de coin en pénétrant la partie inférieure, et l'avait fait éclater en cinq fragments. Il est impossible de discuter ce mécanisme, non plus que les causes réelles qui avaient pu ralentir la formation du cal, en l'absence des détails les plus essentiels.

M. Perrin nous a montré un très remarquable exemple de *Assure complète du fémur* (p. 62) qu'il avait recueilli en Crimée dans les circonstances les plus intéressantes. Au moment de pratiquer une amputation immédiate de la cuisse sur un soldat qui avait le haut de la jambe fracassé, notre collègue remarqua à la face externe du membre une petite plaie insignifiante à première vue, mais qui, en réalité, menait sur un petit corps étranger et sur une dépression de la diaphyse fémorale. Une incision, pratiquée sur-le-champ, fait reconnaître que ce corps étranger est un bâillon, et qu'il correspond à une légère perte de substance terminée en haut et en bas par une fente verticale. Le prudent chirurgien n'hésite pas à décoller le périoste pour atteindre les limites supérieures de cette solution de continuité, et scier l'os au delà : mais vous avez vu que, malgré toutes ces précautions, la stie porta encore sur des parties atteintes par la fissure, tant la juxtaposition des deux fragments était parfaite dans leur tiers supérieur. Vous vous rappelez le débat qu'a soulevé la dénomination de *Assure* employée par M. Perrin. S'appuyant sur la définition de M. le professeur Malgaigne, M. Houël voudrait qu'on réservât le nom de *fissures* ou *felures* aux fractures incomplètes qui se forment à une portion de l'épaisseur de l'os, et puisque, dans la pièce de M. Perrin, le fémur était divisé de part en part, il a prétendu le ranger parmi les fractures longitudinales obliques du genre de celles qui ont été décrites par M. J. Cloquet. Mais M. Perrin, convaincu que le caractère principal des fissures, consacré par l'usage, réside moins dans un degré plus ou moins profond de division des os que dans la parfaite juxtaposition des fragments, a maintenu sa désignation première, avec l'épithète de *complète*, qui suffit pour éviter toute confusion. La Société n'a vu là qu'une dispute de mots purement scolastique, et justement délaissée depuis les travaux de Duverney.

Enfin, messieurs, vous avez encore présente à la mémoire cette

fracture spiroïde du fémur (p. 436), produite par une des grenades fulminantes de l'attentat du 41 janvier, dont M. Descroizilles vous a présenté les pièces, et qui vous a valu le travail assurément le plus remarquable qui ait été inséré dans nos Bulletins de cette année; je veux parler du rapport de M. Broca. Son importance mérite que je vous en signale les points principaux.

Une fracture très oblique, située au tiers supérieur de la diaphyse; d'une autre part, une perforation sans fracture, siégeant beaucoup plus bas, à l'extrémité inférieure du canal médullaire, et compliquée de la présence d'un éclat d'obus, telles étaient les deux lésions principales. M. Broca commence par démontrer qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre, que la perforation seule a pu être produite par le projectile, et que la fracture présente tous les caractères des fractures par contre-coup. Il fait voir qu'elle appartient à cette variété singulière décrite par Gerdy sous le nom de *fracture spiroïde*, et plus tard, par MM. Gosselin et Bourcy, sous celui de *fracture cunéenne* ou en V, variété dont un certain nombre d'exemples ont déjà été présentés à la Société, notamment en 1855 (voy. le Compte rendu de 1855, p. 602). Ces fractures offrent-elles toujours la gravité indiquée par M. Gosselin, et qui aurait sa source dans la large déchirure et dans la suppuration consécutive du tissu de la moelle? M. Broca la conteste d'une manière générale par des remarques très judicieuses, et comme preuve particulière à l'appui de la curabilité des fractures en coin, il invoque la pièce même présentée par M. Descroizilles. Il fait ressortir l'ensemble de conditions fâcheuses qui devait ici favoriser théoriquement l'ostéomyélite ou l'infection purulente, et qui néanmoins n'a pas empêché la moelle de devenir le siège d'un très curieux travail de réparation. Vous vous souvenez, en effet, de cette végétation osseuse, composée d'un tissu spongieux très fin, qui obturait complètement l'ouverture du canal médullaire. Chose remarquable, elle était en parfaite continuité uniquement avec la moelle, sans rapport aucun avec le tissu osseux et le périoste: un séquestre elliptique de tissu compacté, représenté dans une planche très soignée de nos Bulletins, séparait complètement ce bouchon médullaire des ossifications périphériques d'origine périostale. De là deux origines incontestablement distinctes des phénomènes de réparation développés dans le foyer de cette fracture; la moelle d'un côté, le périoste de

l'autre. Cette indépendance réciproque de deux tissus qui travaillent chacun de leur côté vers un but commun, la formation du cal, n'a rien d'exceptionnel; comme dit M. Broca, il n'y a d'exceptionnel ici que l'évidence de la démonstration.

Ce fait de détail, qui pour tout autre aurait pu passer inaperçu, va devenir le point capital du rapport, et fournir à notre savant collègue l'occasion de battre en brèche, plus solidement qu'il n'avait pu le faire en 1856, à propos d'une pièce de régénération osseuse présentée par M. Lépine, de Dijon (*Bulletins* de 1856, p. 40), les théories erronées qui ont voulu faire du périoste l'agent exclusif de l'ossification. Tout en rendant hommage aux magnifiques travaux de Duhamel, il fait voir le vice radical de sa double théorie sur le développement des os et sur le développement des arbres; dans une brillante et lumineuse exposition, il passe en revue les phases diverses qu'a traversées depuis un siècle la question de l'ostéogénèse; il remet en lumière, pour les opposer à Duhamel et à ses sectateurs, les expériences injustement oubliées de Haller, de Troja, de Charmeil, de Wagner et de Médiçi, qui pensent que le périoste est loin d'être indispensable aux régénérations osseuses. Enfin, il fait voir que les recherches récentes de M. Ollier, qui ont eu un légitime retentissement dans le monde scientifique, n'ont pu être interprétées en faveur d'une restauration de la théorie de Duhamel, que par des esprits prévenus, et il rappelle que le jeune et ingénieux physiologiste, s'il a confirmé d'une manière neuve et éclatante les propriétés ostéo-plastiques du périoste, s'il a jeté une vive lumière sur l'histoire des ossifications accidentelles, a néanmoins été le premier à reconnaître que le tissu osseux pouvait accidentellement se former dans des blastèmes d'origine très différente. Si séduisante donc que soit pour l'esprit l'idée de rattacher à une cause unique tous les phénomènes de formation, d'accroissement, de nutrition et de réparation de tissu osseux, elle ne saurait plus désormais avoir cours dans la science. Le périoste joue dans ces phénomènes un rôle de premier ordre, qui est incontestable, mais son intervention n'est pas absolument nécessaire; la physiologie expérimentale et les faits d'anatomie pathologique, tels que celui de M. Descroizilles, démontrent qu'à l'occasion le périoste peut être suppléé dans ses fonctions par des organes de nature très différente, comme le tissu

médullaire. Telles sont les conclusions de ce rapport où l'éclat de la forme relève encore la solidité de l'argumentation, qui peut être regardé comme le modèle du genre, et qui marquera comme un document précieux dans nos annales.

En dehors des fractures, je n'ai guère d'autres maladies intéressantes des os à vous signaler que trois tumeurs, l'une de nature encéphaloïde, occupant les condyles fémoraux ; les deux autres de nature cartilagineuse, et développées dans le tibia et dans l'os iliaque.

Le *cancer du fémur*, qui nous a été montré par M. Schälze (p. 54), offrait ceci de remarquable qu'il s'était développé chez une femme âgée seulement de dix-neuf ans, à la suite d'une chute, qu'il s'était comporté et avait été traité pendant longtemps pour une tumeur blanche, et que jamais il n'avait présenté ni battements, ni souffles vasculaires.

L'autopsie, faite après l'amputation de la cuisse, a fait reconnaître, outre la nature cancéreuse de la tumeur, qu'elle occupait toute la face externe du tiers inférieur du fémur jusqu'au cartilage diarthrodial, mais qu'elle avait laissé l'articulation parfaitement saine. Poussant plus loin l'analyse, M. Lutin a développé dans son rapport l'opinion que la dégénérescence avait dû débiter en dehors de l'os, qu'elle était primitivement périostale. Quant à la complication d'albuminurie qui vint accélérer la terminaison funeste, sans me prononcer plus que le rapporteur, si compétent en semblable matière, je suis porté, jusqu'à plus ample démonstration, à ne voir là qu'un phénomène ultime de cachexie.

La seconde tumeur osseuse, dont j'ai à vous entretenir, est un *enchondrome du tibia* (p. 296) qui offre avec la précédente certains points de contact ; elle provenait également d'une femme très jeune, avait nécessité de même l'amputation de la cuisse, et enfin, à une époque encore peu éloignée de la nôtre, on n'eût certainement pas manqué de la prendre aussi pour un cancer. Mais l'opérateur était précisément M. Dolbeau, qui a entrepris avec tant de succès l'histoire générale et spéciale des enchondromes, et personne n'était plus compétent que lui pour établir sûrement un diagnostic que l'autopsie a confirmé de tous points. Les éléments principaux de ce diagnostic, qu'il n'est pas inutile de rappeler, avaient été la jeunesse du sujet, la marche lente de l'affection qui

datait déjà de cinq ans, la forme bosselée de la tumeur, et surtout les points osseux durs que l'on y sentait à côté d'autres points fluctuants, et enfin l'examen au microscope du liquide retiré avec une lancette d'un de ces points fluctuants, et qui renfermait des cellules cartilagineuses. La dissection a fait voir, en outre, que l'enchondrome occupait spécialement le condyle externe du tibia, que déjà il soulevait les cartilages de l'articulation, et qu'avant peu celle-ci allait être envahie; l'opération était donc justifiée à tous égards. Elle parut devoir réussir pendant les trois premières semaines; mais le vingt-quatrième jour, la malade fut prise d'accidents généraux et d'une douleur très vive au niveau de la crête iliaque, et elle ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva un autre enchondrome dans l'os iliaque (p. 338) que M. Dobleau vous a également apporté. L'os entier était gonflé, le tissu spongieux envahi par la matière cartilagineuse. Il existait une troisième tumeur du même genre dans l'intérieur du bassin, mais une tumeur à l'état naissant, et dont les vaisseaux étaient encore indépendants de ceux de l'os. M. Dolbeau n'a pu s'empêcher d'être frappé, comme vous l'êtes sans doute, de la réunion de ces trois enchondromes sur un même sujet, et cependant je vois, par nos Bulletins, qu'il ne croit pas à une diathèse. C'est en vain que j'ai recherché le développement de cette dénégation sommaire dans les divers mémoires publiés déjà par notre collègue, sur les tumeurs cartilagineuses de la parotide, des doigts, des mâchoires et du bassin, etc.; mais il est certain qu'une question de doctrine aussi intéressante et aussi capitale ne sera pas négligée, et trouvera mieux sa place dans l'histoire générale des enchondromes que prépare M. Dolbeau.

Je ne ferai que vous signaler deux tumeurs du tissu maxillaire de nature fibro-plastique, qui vous ont été apportées par MM. Camille Grôs et Fritz (p. 5 et 326); elles n'ont de remarquable qu'une frappante analogie tant dans leur aspect extérieur que dans leurs caractères microscopiques. La seconde, extirpée sur un enfant, contenait, outre les éléments fibro-plastiques, un grand nombre de myéloplaxes qui lui donnaient un caractère mixte, et la rapprochaient de ces tumeurs dites *myéloïdes*, déjà étudiées par MM. Robin, Paget, Gray, etc., et dont notre collègue, M. Eug. Nélaton, vient de présenter l'histoire complète dans sa dissertation inaugurale.

Deux exemplés de *mal de Pott* ont été mis sous vos yeux : le

premier, dû à M. C. Grés, offrait une étendue véritablement exceptionnelle, puisqu'il occupait le corps de toutes les vertèbres, à partir de la seconde cervicale jusqu'au sacrum. Sans revenir sur les discussions nombreuses auxquelles a donné lieu, depuis quelques années au sein de la Société, la tuberculisation des os, je vous ferai remarquer qu'ici encore il s'agissait purement et simplement d'une ostéite généralisée des corps vertébraux, et que sur plus de douze autopsies de mal de Pott, faites en 1858 à l'hôpital des Enfants, jamais M. Grés n'a rencontré de tubercules des os : la fréquence de cette altération avait donc été singulièrement exagérée. Il n'en existait pas davantage de trace dans le cas curieux qui vous a été apporté par M. Wannebrouc, sous le nom plus approprié de *tumeur blanche de l'articulation occipito-atloïdienne*. Nous avons eu là, sous les yeux, l'explication saisissante de cette terminaison redoutable et si rapidement funeste qui a été souvent signalée dans cette affection, je veux parler de la déchirure du ligament transversé, qui entraîne du même coup la luxation spontanée de l'atlas sur l'axis, et la compression subitement mortelle du bulbe rachidien. L'autopsie a fait reconnaître, en outre, une particularité rare et impossible à soupçonner, la communication de l'abcès froid ouvert à la nuque, avec l'intérieur du quatrième ventricule. Le rapport détaillé et si riche en indications bibliographiques dans lequel M. Lefort a exposé l'histoire de cette maladie, nous dispense d'y insister davantage.

M. Wannebrouc vous a également fait voir un curieux et rare échantillon de *rachitisme crânien*, caractérisé par de véritables pertes de substance subies par cette boîte osseuse, principalement dans les régions postérieures. Ces différentes parties étaient comme percées à jour d'un très grand nombre de trous qui lui donnaient l'aspect d'une dentelle, et qui n'étaient obturés que par une membrane fibreuse très mince.

Articulations.

A part un cas très singulier d'*arthrite scapulo-humérale chez un nouveau-né* (p. 48) compliquée d'abcès métastatiques, et dont l'étiologie est restée des plus obscures, malgré les recherches de M. Témoin; je n'ai à vous signaler comme affections articulaires

que des luxations, et encore ont-elles été à la fois rares et assez peu remarquables.

La luxation de l'épaule, présentée par M. Raynaud (p. 224), était compliquée d'emphysème, de fractures de côtes, de déchirures pulmonaires, et offrait plusieurs causes d'irréductibilité qui ont été diversement appréciées. Entre M. Verneuil, d'une part, qui faisait jouer le principal rôle à la longue portion du biceps tendue comme une sangle sur la tête humérale, et M. Houël, qui attribuait tout l'obstacle à une portion de la capsule restée intacte, une dissection plus soignée de la pièce eût seule permis de se prononcer et peut-être eût-elle donné raison à tous deux en montrant l'action réunie de ces deux causes.

Quant à la fréquence relative des luxations sous et intra-coracoïdienne, soulevée également à propos de cette pièce qui appartenait incontestablement à cette dernière variété, c'était encore là une pure question de définition, et M. Verneuil me paraît avoir été d'accord et avec les faits et avec la majorité des chirurgiens en maintenant la fréquence plus grande de la luxation sous-coracoïdienne avec les caractères qui lui sont généralement assignés. La définition que donne M. Malgaigne de la luxation intra-coracoïdienne, comme l'a dit M. Verneuil, est abusive ; elle dérange toutes les idées reçues, et M. Houël ne pouvait nous en fournir de preuve plus piquante qu'en nous montrant le professeur embarrassé à son tour dans le classement des pièces du musée Dupuytren et forcé de recourir lui-même à son livre.

Deux luxations du coude nous ont été montrées : l'une, recueillie par M. Guyon sur un cadavre (p. 350), était une luxation complète du radius en arrière, très ancienne, avec élongation de la capsule et intégrité du ligament. — L'autre, présentée par M. Pamard, offrait deux particularités assez curieuses : 1° une usure telle du bord antérieur de l'apophyse coronoïde, que le présentateur avait cru à une fracture de cette saillie osseuse ; 2° la présence dans l'intérieur de l'articulation d'une lamelle rougeâtre, épaisse, en forme de ménisque interarticulaire, et que M. Pamard attribuait à l'organisation du sang épanché. Mais il a été établi de la manière la plus évidente par la discussion, d'abord qu'il n'y avait pas eu fracture de l'apophyse coronoïde, car le cartilage d'encroûtement était conservé, et, en second lieu, que la lamelle pseudo-membra-

neuse, loin d'être le résultat de la transformation du sang épanché était d'origine probablement inflammatoire et avait dû se développer sous l'influence des mouvements violents que le malade n'avait cessé de faire après l'accident. Ces espèces de fausses membranes se développent assez souvent dans ces conditions, mais elles affectent très rarement une forme aussi régulière.

J'ai encore à vous indiquer une très belle observation de *luxation complète du fémur dans le trou ovale*, rédigée par M. Duboué (p. 196), et dont M. Trélat nous a signalé, dans son rapport, les points les plus intéressants, à savoir la position de la tête luxée, qui, complètement chassée de la cavité, ne touchait plus le rebord cotyloïdien par aucun point de sa circonférence, reposait sur l'obturateur externe, et était venue faire sous les parties molles, vers le milieu de la branche ischio-pubienne une saillie appréciable et caractéristique.

Muscles.

Le système musculaire ne nous a fourni que deux communications, l'une était relative à une *concrétion calcaire* trouvée par M. Guyon dans l'épaisseur du muscle couturier (p. 40), et contenue dans un kyste très délimité, indépendant de tout lien vasculaire ; l'autre consistait dans une *atrophie avec dégénérescence graisseuse* des muscles de la cuisse chez une paralytique (p. 217).

Circulation.

Les pièces relatives aux lésions du cœur qui vous ont été présentées cette année ne se prêtent guère aux considérations cliniques : elles offrent en revanche un assez grand intérêt anatomo-pathologique. M. C. Gros a mis sous vos yeux une *adhérence complète du péricarde avec granulations tuberculeuses* (p. 8). Un examen peut-être trop superficiel avait fait croire au présentateur que ces productions avaient leur siège dans le tissu cardiaque. Plusieurs membres se fondant sur la rareté de cette lésion, ont pensé que ces granulations s'étaient développées plutôt dans le péricarde épaissi, et notre honorable président, tout en regardant cette opinion comme possible, a été porté à les rattacher plus volontiers à une altération chronique de la séreuse qu'à la diathèse

sous l'influence de laquelle la malade était placée et dont on trouvait les traces dans l'organe pulmonaire. M. C. Gros vous a montré aussi une *endocardite aiguë* chez une femme de vingt-neuf ans qui a succombé pendant le cours d'un rhumatisme articulaire (p. 357). Les phénomènes présentés par cette malade pendant la vie et le double bruit de souffle ayant son maximum d'intensité à la base ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de l'affection. A l'autopsie, l'examen du cœur rendit compte des accidents. Deux des valvules sigmoïdes de l'aorte, considérablement épaissies, bosselées, ramollies et perforées chacune en un point, étaient le siège d'une production albumino-fibrineuse qui envoyait des prolongements jusque dans la partie supérieure du ventricule.

La collection de vos Bulletins s'est enrichie cette année d'un nouvel exemple de *cysticerques* siégeant dans le tissu même du cœur, que vous devez à M. Molland (p. 59). Ces entozoaires étaient disséminés en grand nombre dans le cerveau et dans la plupart des muscles. Jamais leur présence n'avait déterminé le moindre accident et la femme qui portait cette curiosité anatomique était âgée de quatre-vingt-deux ans. Une pièce sur laquelle j'appellerai votre attention est celle de M. Campana : c'est un *cancer du cœur* (p. 118) chez une femme de soixante-deux ans. Comme dans tous les cas de ce genre, l'affection carcinomateuse était généralisée. Les plèvres étaient le siège d'altérations analogues, le vagin, le col de l'utérus, les ganglions inguinaux offraient des caractères non douteux de cancer. La matière encéphaloïde occupait le centre de la paroi antérieure du ventricule droit et faisait saillie à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la cavité. Bien que le cœur gauche n'offrit point de lésions semblables, on n'en observa pas moins pendant la vie des troubles dans la circulation générale : œdème des membres inférieurs, étroitesse et irrégularité du pouls, bruit de frottement rude, superficiel, diffus et couvrant les deux temps.

J'aborde maintenant ce qui a trait aux lésions de l'aorte : c'est d'abord une *insuffisance des valvules sigmoïdes* (p. 72). M. Paul vous a fait remarquer avec juste raison que cette insuffisance reconnaissait pour cause la dilatation située à l'origine du vaisseau. Mais, au lieu d'invoquer avec notre collègue la forme syncopale de la maladie pour expliquer l'état du pouls qui était petit et faible, nous admettrions plus volontiers une sorte de rétrécissement relatif de

l'orifice placé entre un vaisseau dilaté et un ventricule hypertrophié. De là cette petitesse des battements de l'artère radiale et la présence d'un double bruit de souffle à la région du cœur. Vous avez eu l'occasion de voir deux autres exemples de dilatation ou plutôt d'*anevrisme vrai de l'aorte*. Frémissement cataire, battements artériels, bruits de souffle, matité dans une assez grande étendue à droite du sternum, tels furent les phénomènes saillants qui justifiaient le diagnostic porté chez le malade de M. Coulon (p. 243), véritable type de l'affection qui nous occupe. Le second cas d'*anevrisme de l'aorte* vous a été présenté par M. Boufils (p. 90). Ici le diagnostic fut facile, mais la malade qui fit l'objet de cette communication offrit quelques particularités intéressantes sur lesquelles je m'arrêterai un instant. Cette femme était prise de temps à autre d'accès d'angine de poitrine, tels qu'on les rencontre parfois dans les anévrysmes de l'aorte. Les mains et les avant-bras devenaient pâles, étaient le siège d'engourdissements et de fourmillements, puis la peau se congestionnait et prenait une coloration rouge violacée, avec un léger abaissement de température. M. Boufils a fixé votre attention sur l'intermittence de ces phénomènes morbides, qu'il place sous l'influence immédiate des troubles profonds survenus du côté de l'innervation. Dans son rapport, M. Vidal a tenté de vous en donner une explication physiologique, il attribue la pâleur subite des téguments à une sorte de spasme du système artériel et considère la période congestive qui lui succède comme l'effet d'un épuisement de la contractilité, par suite d'une excitation trop prolongée. Je terminerai cette énumération des lésions de l'aorte en vous rappelant la *rupture de ce vaisseau dans le péricarde*, présentée par M. Baudot (p. 187).

Je passerai rapidement sur quelques autres pièces, telles que l'anomalie de l'artère rénale présentée par M. Liégeois (p. 317), l'oblitération de l'artère et de la veine fémorale que M. Dolbeau a mise sous vos yeux (p. 294), et je ne ferai que mentionner l'exemple de ligature récente de l'artère fémorale que vous a montrée M. Guyon (p. 339). Je n'insisterai pas non plus sur l'anévrysmes traumatique de l'artère sous-clavière que vous devez à M. Lefort (p. 352). Ce fait ayant été l'objet d'un rapport très complet rédigé par M. Giraldès à la Société de chirurgie, j'y renverrai ceux de vous qui désireraient avoir quelques détails sur cette

présentation. J'ai hâte d'arriver à une intéressante communication de M. Raynaud (p. 226), relative à une *gangrène sèche de la jambe attribuée à une embolie artérielle*. Le fait peut se résumer en quelques mots : Une femme de quarante-neuf ans, n'ayant jamais offert le moindre signe de maladie organique du cœur, est prise d'une petite toux sèche et d'un léger malaise qui ne l'empêchent pas de faire son service habituel. Le cinquième jour, à deux heures après minuit, elle est saisie instantanément d'une dyspnée excessive, avec un sentiment d'angoisse inexprimable, pouls très irrégulier, battements du cœur tumultueux et confus. Une heure après, le calme se rétablit; le lendemain, dans la matinée, M. Beau, appelé par M. Nélaton, ne trouve plus rien d'anormal au cœur, mais, le soir même, la malade est prise d'une vive douleur, semblable à des *crampes*, dans la jambe droite. Ces douleurs durent toute la nuit, et, le lendemain matin, les premiers symptômes de la gangrène spontanée sont constatés. Les battements ont cessé dans les artères principales du membre jusqu'à la crurale. Puis la gangrène se localise, en même temps qu'un dépérissement rapide se prononce. Cinquante jours après le début des accidents, l'amputation de la jambe est pratiquée, et est suivie de la mort de la malade, au bout d'une semaine. A l'autopsie, on trouve, d'une part, dans l'oreillette gauche, un caillot adhérent, en partie décoloré et auquel M. Robin n'hésite pas d'assigner deux mois au moins de date, et, d'autre part, une oblitération artérielle commençant à l'origine de l'iliaque primitive.

Quelle était la cause de cette gangrène spontanée ? Y avait-il eu embolie, comme l'avait pensé M. Nélaton, c'est-à-dire oblitération mécanique du tronc artériel par un caillot migrateur détaché vraisemblablement des cavités cardiaques, et arrêté dans la longueur du vaisseau ? Ou, au contraire, ne s'agissait-il pas d'une artérite primitive développée sur place ?

Une discussion animée s'est engagée à ce sujet, et la Société s'est prononcée presque unanimement pour l'artérite en rejetant l'embolie. La vérité est que la nature inflammatoire des lésions que présentaient les artères iliaques primitive et externe ne pouvait être sérieusement contestée. M. Barth a rappelé que les caractères anatomo-pathologiques de l'artérite, toujours difficiles à établir, devaient être recherchés moins dans la tunique interne que dans

l'externe, et consistaient surtout dans la rougeur, jointe à l'épaississement et à l'infiltration du tissu cellulaire ambiant. Or, précisément ici la tunique externe des artères iliaques présentait une coloration foncée presque noirâtre qui lui était propre ; mais surtout elle pouvait être très facilement détachée des tuniques sous-jacentes, et ce défaut de cohésion a été considéré avec raison comme le meilleur signe d'un travail phlegmasique.

La constatation de l'artérite n'entraînait pas nécessairement, comme ont paru le penser un grand nombre de nos collègues, le rejet de l'idée d'une embolie émise par le présentateur. Notre honorable président a fait remarquer, en effet, que les partisans de la théorie des embolies étaient loin d'attribuer la gangrène à l'obstacle purement mécanique formé par le caillot migrateur. « Celui-ci, a-t-il dit, est le point de départ d'une artérite qui amène plus tard la gangrène ; ce n'est que de cette façon qu'on peut comprendre le rôle de l'embolie ; l'artérite qu'elle provoque doit s'étendre au loin et jusque dans les vaisseaux assez petits pour empêcher la circulation par les collatérales et déterminer la mortification. » M. Ed. Labbé, qui dans son rapport a défendu avec talent cette opinion, nous a montré par une citation textuelle de Virchow que tel était, en effet, le résultat des expériences entreprises dans ce sens par le professeur de Berlin. M. Barth a joint son important témoignage à celui de M. Cruveilhier en faveur de la théorie générale des embolies. Il admet la migration des caillots dans l'arbre circulatoire, il en fait une des causes possibles, mais non la cause exclusive de la gangrène spontanée, et reconnaît que le cas de M. Raynaud ne lui est pas de tout point favorable.

Comment prouver, en effet, qu'un caillot s'est détaché du cœur et est allé oblitérer, puis enflammer l'artère iliaque ? Où sont les traces de ce caillot exotique ? A quels caractères le reconnaître ? Comment le distinguer de ceux qui sont dus à l'artérite ? Si comptent que puisse être un savant de la valeur de M. Robin, une simple assertion ne saurait suffire. Comment démontrer aux sceptiques qu'il n'y avait pas eu maladie de l'artère développée spontanément et sur place ? Il n'y a rien là qui emporte la conviction ; aussi, M. Gallard a-t-il pu dire avec raison que la pièce de M. Raynaud, pas plus qu'aucune de celles qui ont été apportées jusqu'ici

à la Société anatomique, ne déposait d'une manière irréfragable en faveur des embolies.

Si pourtant, comme le pense M. Cruveilhier, il fallait demander la solution d'une question aussi controversée, moins à l'anatomie pathologique qu'à la clinique, il serait juste de reconnaître que peu d'observations réunissent autant de probabilités favorables à la théorie de Virchow. Cette anxiété précordiale brusque, ces battements tumultueux et irréguliers, qui indiquent bien la formation de caillots cardiaques, cette apparition subite quinze heures après de douleurs atroces dans le membre, suivie presque immédiatement des premiers signes de la gangrène, ce sont là des symptômes dont l'enchaînement et la succession ont une valeur capitale, et sont merveilleusement d'accord avec ceux qui ont été rapportés, notamment dans les intéressants mémoires de MM. Legroux et Schultzenberger (1886, *Gaz. hebdom.*).

À l'occasion d'un fait sur l'interprétation définitive duquel il est, comme vous voyez, difficile de se prononcer, j'avais songé à exposer devant vous l'état actuel de la question des embolies ; mais, outre que le temps m'a manqué, cette question est encore trop neuve, et surtout les matériaux apportés jusqu'ici à la Société anatomique ont été trop rares et trop peu concluants pour que je ne réserve pas cette tâche à quelqu'un de nos successeurs.

Veines.

Le système veineux a été l'objet de trois communications seulement. M. Tillaux nous a fait voir le dessin d'une *veine mésentérique anormale se rendant dans une veine rénale* (page 36). MM. Verneuil et Dumont-Pallier nous ont exposé le *mécanisme de l'oblitération des veines* (p. 65, 66) dans des conditions très différentes. Le premier a choisi les veines du moignon d'un amputé et a fait voir que les deux saphènes présentaient un état anatomique très différent, de telle sorte, dit-il, qu'on serait tenté d'admettre plusieurs espèces de mécanisme pour l'oblitération veineuse, ce qui expliquerait la divergence des auteurs sur ce sujet. M. Dumont-Pallier vous a fait voir la dissection des deux membres inférieurs affectés de *phlegmatia alba dolens* (p. 66). Il a insisté sur les prolongements ou tractus cellulux, cloisonnant la lumière de la veine fémorale,

s'étendant comme des brides ou des ponts d'une paroi à l'autre, et qui vont se multipliant et s'épaississant, de manière à la longue à produire l'aspect de cordons fibreux sous lesquels on a décrit les veines oblitérées. M. Barth a confirmé les recherches de notre collègue en exposant les phases de la coagulation du sang dans l'intérieur de la veine enflammée, et rappelé ce grand fait d'anatomie pathologique que le *calibre d'une veine oblitérée ne se rétablit jamais*.

Appareil respiratoire.

Plusieurs cas de laryngite sous-muqueuse, ou mieux de *laryngite nécrotique aiguë*, nous ont été présentés, tous d'une analogie frappante comme symptômes, comme lésions et comme étiologie. Chez mon malade comme chez celui de M. Gellé (p. 34 et 333), la maladie s'était déclarée à la dernière période d'une fièvre typhoïde. La plus complète des observations de ce genre nous a été présentée par M. Genouville, et a fourni à M. Vidal l'occasion d'un savant rapport où vous trouverez un historique très complet de cette curieuse affection et l'examen des principaux points qu'elle soulève. Je n'ajouterai qu'un mot relatif au traitement. D'après ses recherches, M. Vidal avait trouvé que malheureusement la trachéotomie pratiquée dans ces conditions n'avait jusqu'ici compté que des revers. Mais depuis M. Moynier nous a cité deux succès dus à M. Trousseau ; seulement, un de ces deux malades n'a jamais pu se passer de canule depuis trois ans. Deux autres cas de guérison par la trachéotomie ont été également découverts par M. Trélat dans un mémoire d'un médecin américain, M. Hemett. Espérons que ces succès iront en se multipliant, et que la laryngo-nécrose cessera d'être regardée comme une complication presque inévitablement mortelle.

C'était également dans le cours d'une fièvre typhoïde qu'avait été prise de croup la jeune fille dont M. Coulon nous a rapporté l'histoire (p. 489). L'autopsie, en faisant voir tout l'arbre bronchique tapissé par des fausses membranes tubulées, explique comment, après une amélioration de courte durée, le malade n'avait survécu que cinq heures à l'opération. En dehors même d'une telle généralisation des produits diphthériques, tout le monde sait la gravité particulière de ces croups dits secondaires, qui se dévelop-

pent à la suite des pyrexies, notamment de la rougeole, et dans ma dissertation inaugurale, j'ai montré combien ils étaient défavorables au traitement chirurgical.

Un autre cas très intéressant de *bronchite pseudo-membraneuse chez une femme adulte* nous a été présenté par M. Durante (p. 42). Je ne vous détaillerai pas ici les signes qui nous firent reconnaître la diphthérie bronchique et rejeter l'opération.

J'ai rappelé à cette occasion combien la trachéotomie est rarement applicable dans le cas de croup chez l'adulte. Je me proposais d'appuyer cette opinion sur quelques faits que j'ai déjà recueillis; mais vous la trouverez en partie développée, quoique très imparfaitement, dans une thèse dont j'ai fourni l'idée première avec certains matériaux, et qui a été soutenue l'an dernier par le docteur Ménocal. (*Du croup des adultes*, 1859.)

Plusieurs communications relatives, soit au croup des enfants, soit à la trachéotomie et à ses suites, nous ont été faites. Une des plus curieuses, due à M. Camille Gros, a trait à cette petite fille de quatre ans, qui, malgré tous les signes d'une *diphthérie presque générale, occupant à la fois le nez, le larynx et les organes génitaux* (p. 365) *externes*, n'en fut pas moins trachéotomisée avec succès, mais qui revint un mois plus tard mourir en quatre jours d'une angine couenneuse maligne rapidement mortelle. J'ai signalé dans un rapport les points les plus intéressants de cette observation sur lesquels je ne reviendrai pas ici. L'enfant dont M. Éd. Cruveilhier nous a montré les pièces, et qui succomba cinq heures après l'opération du croup (page 8), n'était âgé que de onze mois, et ce fait où les fausses membranes n'avaient pas encore dépassé le larynx, où la trachéotomie avait été habilement pratiquée par M. Verneuil, est venu montrer une fois de plus le peu de chances de succès qu'offre l'opération du croup pratiquée dans le premier âge malgré les meilleures conditions.

Un certain nombre de questions afférentes à la trachéotomie, dans le cas de croup, ont été abordées devant vous. C'est ainsi que M. Verneuil a insisté (p. 143), à propos du *Manuel opératoire*, sur l'avantage qu'il y a à ne pas introduire immédiatement la canule après l'incision de la trachée, afin de permettre à l'enfant de s'asseoir, et de rejeter par des efforts de toux, soit des fausses membranes, soit du sang ou des mucosités. Le même chirurgien a

appelé votre attention sur une forme particulière d'hémorrhagie consécutive à l'incision de la trachée, et dont l'origine semble devoir être rapportée à la membrane muqueuse (p. 113).

Parmi les accidents consécutifs à la trachéotomie pratiquée dans le croup, il en est un, signalé déjà depuis longtemps, dont deux exemples notamment vous avaient été montrés en 1854 par nos collègues MM. Vidal et Goupil, que j'avais moi-même rencontrés et décrits dans trois observations de ma thèse, sans y attacher, je dois le dire, une très grande importance, mais qui s'est rencontré avec une fréquence exceptionnelle dans l'épidémie de 1859, et sur lequel l'attention de la Société anatomique, comme celle de plusieurs autres compagnies savantes, a été fixée à plusieurs reprises ; je veux parler de l'*ulcération de la trachée-artère par la canule*. MM. Garnier, Bricheau et Gellé vous ont apporté un certain nombre de pièces démonstratives qui avaient été déjà en partie soumises, soit par M. Barthez à la Société médicale des hôpitaux, soit par M. H. Roger à l'Académie de médecine. Le mémoire détaillé que ce dernier médecin a publié dans les *Archives* ne me permet pas d'insister beaucoup sur ce sujet. Je vous ferai remarquer seulement qu'un certain nombre des conclusions de ce mémoire, particulièrement celles qui sont relatives à l'influence étiologique de l'âge peu avancé des sujets, de la nature particulière de certaines épidémies de diphthérie, et surtout des phlegmasies concomitantes des voies respiratoires, avaient été également signalées par plusieurs d'entre nous dans le cours de la discussion. Je désire aussi revenir un instant sur l'importance de la bronchio-pneumonie, qui ne paraît pas avoir été suffisamment appréciée, et que je regarde comme la condition principale du développement de ces ulcérations trachéales, car elle les accompagne toujours à l'autopsie. J'ai invoqué une preuve irrécusable de la tendance ulcéralive de ces phlegmasies consécutives au croup ; c'était la présence d'érosions spontanées sur une des pièces présentées par M. Gellé, érosions qui occupaient toute la longueur de la trachée, dans un point que n'atteignait certainement pas la canule. Cette influence fâcheuse de l'état inflammatoire aigu est encore bien plus frappante, si l'on met en regard la merveilleuse tolérance avec laquelle la trachée supporte la canule pendant des mois ou même des années, après que l'opération a été pratiquée pour des affec-

tions chroniques du larynx. Il y a donc autre chose à considérer que la pression mécanique exercée par le tube métallique dans les ulcérations trachéales qui suivent l'opération du croup; il y a un ramollissement inflammatoire de la muqueuse, toujours lié à une broncho-pneumonie, et c'est là, pour mon compte, que je vois le danger, bien plus que dans la profondeur ou l'étendue plus ou moins grande de l'ulcération elle-même. M. Vidal s'est joint à moi pour révoquer en doute la gravité un peu trop grande qu'on est porté à attribuer à cet accident. Si nous sommes dans le vrai, si la production et le danger des ulcérations trachéales dépendent surtout de l'inflammation concomitante des voies respiratoires, on voit immédiatement combien perdent de leur valeur les explications qui ont été données au sujet du mécanisme de ces ulcérations, et que M. Verneuil a reproduites en partie devant vous. Les questions relatives à la courbure, au poids, à la disposition respective et à la mobilité des diverses pièces de la canule cessent aussi d'avoir l'importance capitale que certains médecins semblent y attacher. Tout en louant les perfectionnements incontestables apportés dans les nouveaux modèles imaginés, soit par le docteur Gillette, de si regrettable mémoire, soit par M. Luër dans sa canule dite *mobile*, je suis obligé de constater que leur emploi à l'hôpital des Enfants, depuis l'année dernière, ne paraît pas avoir augmenté le nombre des succès de la trachéotomie, lequel est même resté inférieur à celui des années précédentes, où l'on n'employait que les canules anciennes. Concluons donc qu'il ne suffit pas de chercher à éviter les ulcérations, et que le succès de la trachéotomie dans les cas de croup, comme je l'ai établi ailleurs, dépend infiniment moins de l'habileté de l'opérateur et de la perfection de ses instruments que des conditions si différentes d'âge, de santé ou de traitement antérieur, d'épidémie, de forme particulière de maladie qu'il est exposé à rencontrer chez les opérés.

Deux cas d'*asphyxie rapidement mortelle, par suite du passage d'un bol alimentaire dans les voies respiratoires* méritent de nous arrêter un instant. Le premier malade était un paralytique âgé de soixante-neuf ans, qui fut pris tout à coup de suffocation en mangeant, et expira avant qu'on eût pu lui porter secours. Je trouvai à l'autopsie un énorme morceau de viande arrêté derrière l'épiglotte, et comme enclavé dans la partie inférieure du pharynx et

dans l'ouverture du larynx, qu'il bouchait complètement. Cet accident est très fréquent, comme vous savez, chez les vieillards, à Bicêtre et à la Salpêtrière, et à cause du siège facilement accessible qu'occupe généralement le bol alimentaire à l'entrée du larynx, il devrait être aisé d'y remédier, si, comme l'a dit M. Verneuil, le chirurgien était appelé sur-le-champ, et toujours prévenu de cette circonstance que l'asphyxie s'est produite pendant le repas. Les gens de service eux-mêmes devraient recevoir, a-t-il dit, des instructions à cet égard, à la condition, bien entendu, d'être intelligents, et de ne pas chercher, comme l'infirmière dont vous a parlé M. Foville, à pousser le corps étranger au lieu de l'extraire.

Chez mon malade, il eût suffi à la première personne venue d'introduire profondément un doigt recourbé dans la gorge pour débarrasser très aisément l'entrée du larynx.

Les conditions étaient très différentes et beaucoup plus curieuses dans l'observation de M. Roché (p. 252), qui nous a fait voir un exemple des funestes conséquences que peut entraîner la paralysie diphthéritique. Il s'agit d'une jeune fille âgée de vingt-deux ans, qui ne conservait d'autres traces d'une angine couenneuse intense qu'une paralysie du voile du palais, lorsqu'un mois après son entrée à l'hôpital, en dinant, elle est prise tout à coup de suffocation, sans s'être aperçue qu'elle a avalé de travers. Le timbre de la voix, l'insensibilité et l'auscultation du larynx démontrent que la glotte est libre, et que l'obstacle est placé plus bas. Une sensation pénible de corps étranger qu'éprouve la malade à deux travers de doigt au-dessous du sternum, un peu à gauche, la suppression complète du murmure vésiculaire dans tout le poumon gauche, permettent de reconnaître que c'est la bronche de ce côté qui est oblitérée; la profondeur présumée de l'obstacle fait rejeter l'idée de la trachéotomie; des vomitifs coup sur coup sont administrés sans succès, et la malade succombe sept heures après l'accident. A l'autopsie, on trouve un morceau de viande logé au niveau de la première bifurcation, obstruant complètement son calibre, et tellement moulé sur les conduits respiratoires qu'il se bifurque avec la bronche, et se subdivise par trois ou quatre ramuscules. Cette circonstance explique comment l'introduction de l'air dans le poumon était absolument impossible, comment le murmure vésiculaire était totalement supprimé, comment les phénomènes

d'asphyxie ont été portés d'emblée à leur summum d'intensité, et enfin comment ils ont suivi une marche aussi rapide sans subir d'intermittence. Cet enclavement du corps étranger justifie également l'abstention au point de vue de la trachéotomie, qui ne l'aurait pas rendu plus mobile, et n'aurait pu avoir pour effet que de hâter la fin de la malade.

Un cas très analogue a été rapporté par M. Peraté dans sa thèse; un enfant affecté de paralysie du voile du palais, suite d'angine couenneuse, mangeait de bon appétit, lorsque soudain il s'affaisse sans pousser une plainte. On court chercher l'interne de garde, qui pratique à la hâte la trachéotomie, mais sans pouvoir rappeler l'enfant à la vie. A l'autopsie, on trouve un bol de viande mâchée qui se présentait dans la trachée vis-à-vis de l'incision.

Ces deux exemples sont les seuls qui aient été publiés jusqu'ici, et que notre collègue M. le docteur Maingault indique dans son intéressant mémoire sur la paralysie diphthéritique. (*Archives*, 1859.)

Je passe rapidement sur une *perforation de la trachée au niveau de sa bifurcation par un ganglion tuberculeux*, présentée par M. V. Gellé, pour arriver à une observation intéressante de M. Bergeron, relative à un mouleur en cuivre, dont les *poumons* étaient *infiltrés de matière charbonneuse*. Le fait n'a rien de nouveau, mais il confirme de tous points les recherches consignées par M. Tardieu dans son mémoire de 1854, où il signala pour la première fois à l'attention des hygiénistes une forme de bronchite chronique déjà entrevue par plusieurs médecins, tout à fait semblable à la phthisie par sa marche et ses symptômes, à part l'expectoration noirâtre, et qui est due au dépôt lent et graduel de la poussière charbonneuse dans le parenchyme pulmonaire.

Glandes sanguines.

Deux maladies assez remarquables du corps thyroïde ont été mises sous nos yeux. La première (p. 313) consistait en un *kyste enflammé et suppuré du lobe gauche de cette glande* sur l'origine de laquelle l'observation de M. Lemarié donne malheureusement peu de détails. A l'entrée du malade dans le service de M. Gosselin, la tumeur était grosse comme les deux poings, très rouge, obscuré-

ment fluctuante ; elle gênait tellement les mouvements du cou, que le malade se levait tout d'une pièce, soutenant sa tête dans ses deux mains, et cette attitude spéciale avait fait tout d'abord songer à une affection de la colonne vertébrale. Une ponction donne issue à un flot de pus fétide, aéré, grumeleux, mélangé de concrétions ossiformes, noires, inégales. et comme ramifiées. L'air sort abondamment par la plaie et fait soupçonner une communication avec la trachée. Cette circonstance explique la fièvre hectique, qui se déclare rapidement, et le malade succombe bientôt avec un ensemble de phénomènes qui constitue un type d'infection putride. A l'autopsie, le kyste se présente avec des parois épaisses de plusieurs centimètres, d'aspect fibro-cartilagineux et doublées d'une sorte de fausse membrane tomenteuse, inégale, ayant presque 4 centimètre d'épaisseur. Chose remarquable, la trachée paraissait avoir été respectée ; mais peut-être une dissection plus attentive eût-elle fait reconnaître derrière les fausses membranes de nouvelle formation un ancien pertuis très fin, mais suffisant néanmoins pour expliquer l'issue si abondante de gaz qui avait été constatée à l'ouverture du foyer.

L'autre pièce présentée par M. Raynaud était une énorme *hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde* qui avait donné lieu à une erreur complète de diagnostic ; on avait cru à un anévrysme de la crosse de l'aorte, ou tout au moins du tronc brachio-céphalique. La tumeur, en effet, placée immédiatement au-dessus de la clavicule, derrière le sterno-mastoïdien, dont elle débordait en dedans le faisceau sternal, était dure, pulsatile, offrait des battements énergiques, et l'auscultation y avait fait reconnaître un bruit de souffle d'abord simple, puis double. Le malade, revu à plusieurs mois de distance par M. Nélaton, fut l'objet d'examen répétés qui ne firent pas modifier le diagnostic. L'autopsie montra qu'il s'agissait du lobe droit du corps thyroïde, atteignant le volume du poing d'un adulte, et formé d'un tissu rouge ramolli, friable, avec un énorme épanchement de sang coagulé au centre. L'aplatissement de la trachée, et probablement aussi du nerf récurrent qui n'a pas été examiné, rendait compte des altérations de la voix ; la compression du tronc veineux brachio-céphalique expliquait la disposition variqueuse des veines sous-cutanées du cou ; enfin, c'est à la compression et à la déviation de la carotide que je serais disposé à

rapporter le bruit de souffle *unique* constaté dans les premiers temps. Le bruit de souffle au second temps, dont il s'est compliqué plus tard, a été rattaché par le présentateur à un léger degré d'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte. Je ferai remarquer à ce propos une lacune importante dans l'observation ; c'est l'absence complète des signes fournis pendant la vie par l'auscultation cardiaque. Puisqu'on croyait à un anévrysme des gros vaisseaux, il n'est pas supposable qu'on ait constamment négligé d'explorer l'organe central de la circulation. Un mot encore sur ces battements énergiques, qu'on avait cru sentir dans la tumeur, et qui étaient certainement communiqués, car les artères du lobe hypertrophié avaient leur volume normal et auraient été insuffisantes pour les produire. Ces battements si énergiques étaient dus à la crosse de l'aorte dilatée au point d'avoir au moins doublé de volume. On voit par là qu'il n'est pas toujours aussi simple que le disent les livres à propos du diagnostic général des anévrysmes, de distinguer si une tumeur pulsatrice est simplement soulevée par une artère voisine, ou si elle est le siège de battements qui lui sont propres, et accompagnés d'une expansion générale de la masse. Les difficultés que le siège profond de la tumeur apportait à une exploration exacte et la rareté de maladies semblables du corps thyroïde, comparée à la fréquence très grande des anévrysmes de cette région, enfin l'ensemble des signes trompeurs indiqués plus haut, tout semblait ici réuni pour déjouer la sagacité des hommes les plus expérimentés.

Tube digestif et annexes.

La portion sus-diaphragmatique du tube digestif a été, comme c'est l'ordinaire, la moins féconde en présentations. M. Camille Gros vous a fait voir une *tumeur de la commissure labiale* enlevée sur un vieillard de soixante-dix-huit ans, et qui avait été déjà longtemps traitée comme un cancroïde par des préparations arsenicales. Mais il est résulté de l'examen minutieux fait par notre collègue M. Dufour, que cette tumeur, par son siège, par son aspect extérieur, et enfin par sa composition histologique, se rapprochait bien plutôt des tumeurs dites *kéloïdes*.

La même incertitude ne pouvait avoir lieu sur la *tumeur de la langue*, que nous a fait voir M. Delaunay, et qui était bien évidemment de nature épithéliale. La méthode de l'écrasement linéaire, cette conquête de la chirurgie moderne, qui trouve dans les tumeurs de la langue des conditions d'application souvent favorables, paraît avoir parfaitement réussi dans ce cas particulier, car il n'y eut pas trace d'hémorrhagie, soit immédiate, soit consécutive. Il est à regretter seulement que l'observation ne soit pas complète. Quelles ont été les suites de l'opération? Qu'est devenu le ganglion sous-maxillaire correspondant au côté de la langue affecté? Y a-t-il eu récidive? Ce sont là des lacunes qui enlèvent aux faits de ce genre la plus grande partie de leur valeur.

Le *cancer de l'œsophage*, qui a été mis sous nos yeux par M. Coulon (p. 107), n'a présenté d'autres particularités qu'une compression de la trachée, suffisante pour amener la mort par asphyxie. Il avait été impossible de soulager le malade par la trachéotomie, car la conservation de la voix avait démontré que le rétrécissement devait exister au-dessous du larynx. Il commençait, en effet, au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde, n'avait pas moins de 8 centimètres de longueur, et était d'une étroitesse extrême. Le cancer avait fortement repoussé en avant la paroi postérieure de la trachée, et avait tellement rétréci son calibre depuis le premier jusqu'au huitième anneau, qu'une sonde de femme n'y pouvait passer qu'avec frottement. En présence de faits semblables, on se demande s'il existe de plus cruelle affection que celle qui, aux tortures de la faim, ajoute encore les angoisses de l'asphyxie.

L'estomac a été l'objet de plusieurs communications. Je ne ferai que signaler une *hypertrophie concentrique de ce viscère* (p. 68), trouvée par M. Chalvet sur un vieillard de soixante-dix-neuf ans. La capacité du ventricule était tellement diminuée, qu'elle aurait pu contenir à peine 400 grammes de liquide. L'épaisseur des parois était générale, et dépendait surtout du développement exagéré de la tunique musculieuse.

Dans le cas de *productions cancéreuses multiples*, que je vous ai fait voir (p. 11), l'estomac avait été très probablement envahi en premier lieu, et l'altération s'était étendue par voisinage au foie, au pancréas et au reste du ventre. Cette extension avait été rapide et s'était faite pour ainsi dire sous nos yeux, car dans les derniers

jours de la vie, nous avons surpris le développement de plaques cancéreuses à la face profonde des parois abdominales. L'absence complète de vomissements dans les six derniers mois de la maladie s'explique très bien à l'autopsie par l'état de l'orifice pylorique qui, loin d'être rétréci, était plutôt élargi par une vaste ulcération cancéreuse. M. Tarnier a rappelé que les exemples de cancer stomacal sans vomissement sont beaucoup moins rares qu'on ne le croyait à une certaine époque. Au fait particulier qu'il a cité, j'en pourrais joindre beaucoup d'autres en ne puisant que dans la riche collection de nos *Bulletins*.

J'ai eu l'occasion de vous montrer un ulcère simple de l'estomac ayant déterminé une gastrorrhagie rapidement mortelle par suite d'érosion de l'artère coronaire stomachique (p. 212). J'ai pu suivre par la dissection le rameau artériel et y faire pénétrer une soie de sanglier qui venait ressortir par un petit orifice béant situé sur le bord gauche de l'ulcère. Celui-ci, situé au voisinage de la petite courbure, était très peu profond et avait à peine les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Il est encore à remarquer que le malade, âgé de cinquante-sept ans, était de bonne santé habituelle et n'avait jamais vomi. Ces hémorrhagies, rapidement mortelles par érosions vasculaires, sont connues depuis longtemps ; mais elles ont été surtout signalées dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier à propos de ses belles recherches sur l'ulcère simple gastrique, tout en indiquant qu'il n'est aucun point du cercle artériel de l'estomac qui ne puisse devenir la source d'une hémorrhagie plus ou moins grave ; il déclare n'avoir jamais vu que l'artère coronaire stomachique et l'artère splénique qui aient donné lieu à une hémorrhagie mortelle.

Dans un rapport rédigé en 1851 sur un cas presque identique au nôtre, et inséré dans le tome XXV de nos *Bulletins* (p. 212), M. Leudet arrive presque aux mêmes conclusions ; mais il insiste pourtant sur la fréquence plus grande des érosions, non pas de l'artère, mais de la veine splénique. Dans le dernier exemple d'hématémèse mortelle, par suite d'ulcère simple, qui est rapporté dans nos *Bulletins*, et il remonte déjà à 1847, le présentateur, M. de Beauvais, découvrit par la dissection que le sang avait dû provenir d'une veine volumineuse des parois stomacales elles-mêmes. Il n'y a donc rien d'absolu dans l'origine de l'hémorrha-

gie, laquelle doit suivre les caprices de siège et de profondeur qu'affecte la lésion ulcéreuse.

Deux cas très intéressants d'*invagination intestinale*, qui ont été méconnus l'un et l'autre pendant la vie, vous ont été présentés. Dans le premier, dû à M. Durante (p. 28), il s'agissait d'un jeune homme qui, après avoir eu le ventre violemment comprimé entre deux wagons, avait été pris de vomissement de sang et de diarrhée sanguinolente. Ce dernier symptôme persista, en même temps qu'une tuméfaction douloureuse, profonde, mobile, et se déployant d'un jour à l'autre par en haut et par en bas, fut reconnue dans la fosse iliaque gauche. Cette tuméfaction fut prise pour une collection purulente ou sanguine du petit bassin ouverte dans le rectum, car les selles renfermaient à la fois du pus, du sang, des débris gangréneux, et s'accompagnaient d'épreintes atrocement douloureuses. Le malade fut emporté par une péritonite sans qu'on eût jamais songé à pratiquer le toucher rectal. Cette exploration eût permis de soupçonner la nature de la maladie, car l'extrémité du boudin invaginé venait faire saillie dans le rectum à 5 ou 6 centimètres seulement de l'anus. Ce signe, rapproché de la tumeur rénitente et mate, légèrement mobile dans les premiers temps, qu'on constatait sur le trajet du côlon, rapproché aussi du ténesme, qui était incessant et douloureux, des garderobes mélangées de pus, de sang et de débris gangréneux, aurait pu certainement mettre sur la voie du diagnostic. L'invagination, constatée à l'autopsie, était des plus étendues, puisqu'elle comprenait la fin de l'iléon (40 centimètres), le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse. La disposition des trois cylindres ne s'écartait en rien de la description classique tracée par M. Cruveilhier dans son *Anatomie pathologique générale* (t. I). Bien que l'invagination portât sur une aussi grande longueur du tube digestif, vous ne vous étonnerez pas que le fameux signe donné par Dance comme pathognomonique, la dépression du flanc droit, contractant avec la tuméfaction de la fosse iliaque gauche, ait fait complètement défaut. Il y a longtemps que la valeur de ce signe purement théorique a été justement contestée.

Dans le cas de M. Fischer (p. 205), la maladie avait également suivi une marche lente, mais sans avoir été provoquée par une violence extérieure. Le malade souffrait depuis trois mois de coliques,

de douleurs sourdes dans le flanc droit, de constipation fréquente, quand il fut pris de tous les signes d'un étranglement interne. On pratiqua sans succès l'opération de l'anus artificiel, et à l'autopsie on trouva la fin de l'intestin grêle invaginé dans le cæcum et remontant dans le côlon ascendant. Mais on constata, en outre, une particularité assez intéressante : c'était l'insertion à l'extrémité libre du double cylindre invaginé d'un polype muqueux à très long pédicule et à extrémité renflée en olive. M. Fischer a été naturellement porté à attribuer l'invagination à ce polype, qui, poussé par les contractions péristaltiques, aurait franchi la valvule iléo-cæcale, et entraîné la muqueuse adhérente à son pédicule. M. Houël a combattu cette manière de voir en se fondant sur la rareté des invaginations intestinales compliquées de polype ; mais, comme l'a fait judicieusement remarquer M. Trélat, personne n'a prétendu que la présence d'un polype fût nécessaire pour déterminer l'invagination. Seulement, quand une tumeur pédiculée se montre avec cet accident et dans des conditions telles qu'elle peut et doit l'avoir favorisé, il est impossible de ne pas lui attribuer une influence au moins prédisposante.

Je ne ferai que vous signaler deux cas de *perforation intestinale* : l'une, d'origine traumatique (p. 241), était la suite d'un coup violent sur le ventre, et ne fut pas soupçonnée pendant la vie ; l'autre était spontanée (p. 299), et avait pu être facilement diagnostiquée ; elle s'était produite au vingt-cinquième jour d'une fièvre typhoïde d'intensité ordinaire, sur un sujet qui était déjà en pleine convalescence, et si je n'ai pas donné plus de détails sur ce fait, c'est qu'il ne différait en rien de beaucoup d'autres qui existent déjà dans la science.

L'intestin grêle a été encore l'objet de deux communications relatives à des *rétrécissements cicatriciels* (p. 184 et 269). Une conformité presque absolue dans les symptômes, consistant dans un météorisme habituel, des borborygmes continus, des alternatives de diarrhée et de constipation, amaigrissement progressif, malgré une conservation parfaite de l'appétit jusqu'au dernier jour, avait permis, dans les deux cas, de soupçonner une gêne dans le cours des matières fécales. Seulement l'âge de mon malade, sa pâleur, sa teinte cachectique et l'infiltration des téguments avaient fait rapporter l'occlusion à un cancer de l'intestin trop peu étendu

et trop profondément situé pour être senti par le palper abdominal. Nous trouvâmes à l'autopsie un *rétrécissement cicatriciel* unique, siégeant à 65 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, et dont l'origine resta des plus obscures. Cette circonstance que le rétrécissement était unique fit soupçonner à plusieurs personnes qu'il avait pu être le résultat d'un pincement subi autrefois par l'intestin dans une ouverture herniaire ; mais le malade n'avait jamais rien accusé de pareil dans ses antécédents, et ne portait aucune hernie. Chez le malade de M. Lancereau, qui avait été soumis à de grandes privations, et faisait en même temps abus des liqueurs fortes, les rétrécissements cicatriciels étaient multiples, et furent attribués à une entérite ulcéreuse. MM. Barth et Cruveilhier ont invoqué la forme circulaire de la cicatrice et la rétraction du tissu inodulaire pour exclure toute idée de fièvre typhoïde antérieure.

Le rectum est, comme on le sait, le siège de prédilection des rétrécissements syphilitiques du genre de celui que vous a fait voir M. Lanceraux (p. 400), et qu'il avait recueilli sur une ancienne prostituée. Après avoir donné une description très soignée des symptômes et des altérations anatomo-pathologiques, le présentateur a agité la question de la véritable nature du rétrécissement. M. Verneuil, plus porté à admettre une inoculation directe de la syphilis dans le rectum que la rectite de voisinage invoquée par M. Gosselin à la suite de l'écoulement sur la marge de l'an us du pus chancreux de la vulve, refuse d'admettre la physionomie spéciale qu'on a voulu donner à tort à la maladie en question. Pour lui, les altérations des parois rectales au-dessus du rétrécissement ne diffèrent en rien de ce qui se produit au-dessus de tous les rétrécissements en général ; c'est la conséquence de l'inflammation chronique ulcéreuse qu'amènent la rétention et l'accumulation des matières au-dessus de l'obstacle. Si le traitement interne antisiphilitique ne réussit pas, comme chez le malade de M. Lanceraux, cela n'a rien qui doive étonner, puisqu'en réalité il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel ; le traitement chirurgical est le seul qui puisse réussir ; il faut donc y recourir d'emblée.

Je ne ferai que vous rappeler cette *communication accidentelle du rectum avec la fin de l'intestin grêle* (p. 346), trouvée par M. Alaux à l'autopsie d'une femme sur les antécédents de laquelle on manquait de renseignements. Je ne suivrai pas le présentateur dans les

hypothèses rétrospectives auxquelles il s'est livré sur cette pièce, qui ne peut malheureusement constituer qu'une curiosité anatomo-pathologique sans grand profit pour la science.

Je n'insisterai pas non plus sur cet énorme calcul biliaire *arrêté dans l'S iliaque* que vous a fait voir M. Gros, et qui avait déterminé tous les symptômes d'une dysenterie grave. Je vous renverrai à l'observation beaucoup plus détaillée de ce fait très intéressant qui a été communiquée l'an dernier par M. le docteur Bourdon, et qui a été l'objet d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux.

Une *imperforation congénitale du rectum* vous a été présentée par M. Jacquard (p. 214); M. Richet, sentant son doigt arrêté à 1 centimètre $1/2$ au-dessus de l'anus, et ne constatant aucune fluctuation, avait pratiqué l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Collisen. A l'autopsie, outre une rupture spontanée du côlon transverse, on constata que le rectum se terminait par un cul-de-sac à une hauteur beaucoup moindre qu'on ne l'avait supposé. En présence d'un résultat semblable, on ne peut que s'associer aux réflexions présentées par M. Broca sur le peu de valeur du signe de la fluctuation indiqué par M. Bouisson, et sur l'importance du précepte qui veut qu'on commence toujours par opérer du côté du rectum, sauf à opérer plus tard dans un autre point en cas d'insuccès.

Pour terminer ce qui a trait à l'intestin, je vous rappellerai deux pièces de *hernie crurale étranglée* présentées par M. Paul et moi (p. 24 et 71); dans l'une et l'autre l'étranglement avait été incomplet et n'avait consisté qu'en un pincement de l'intestin. Chez la malade de M. Paul, on avait pu réduire la hernie après l'incision des parties molles sans faire de débridement; la mort n'en arriva pas moins, et, à l'autopsie, il fut aisé de reconnaître que l'étranglement s'était produit à 1 centimètre environ au-dessous de l'orifice du *fascia crebriformis* à travers un rétrécissement fibreux circulaire qui n'était autre que le collet du sac. Les choses s'étaient passées tout différemment chez notre malade; le diagnostic était resté longtemps douteux. Après avoir cru à un étranglement interne, le chirurgien se décida à opérer le dixième jour, quand déjà très probablement la péritonite était déclarée. La hernie était très en dedans et en haut; aussi M. Laugier avait-il songé un instant à la possibilité d'une hernie par le ligament de Gimbernat. Mais la

dissection de la pièce que j'avais confiée à M. Legendre démontra qu'il s'agissait d'une hernie crurale simple. C'est à l'occasion de cette pièce que notre collègue vous a communiqué une note intéressante sur la *hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat* (p. 26), note que vous trouverez reproduite avec plus de développements dans un mémoire enrichi de planches sur *quelques variétés rares de la hernie crurale*. (*Gazette médicale*, 1858.)

Annexes du tube digestif.

Vous n'avez pas oublié ces altérations remarquables du foie qu'on trouve aussi dans la rate, et quelquefois dans les reins, désignées sous le nom de *dégénérescence cireuse*, sur lesquelles l'attention a été appelée depuis plusieurs années, et dont notre collègue, M. Fournier, vous avait montré cinq échantillons en 1857. M. Tissier (p. 160) vous a présenté un foie très hypertrophié et atteint de cette dégénérescence, comme le prouvaient l'aspect extérieur et l'examen confirmatif fait au microscope par M. Robin. Vous remarquerez que la malade phthisique, de qui provenait ce foie, n'avait jamais pris d'huile de foie de morue. M. Fournier avait déjà fait, il y a trois ans, la même observation sur deux de ses malades, de sorte que l'opinion des auteurs allemands qui ont attribué la dégénérescence cireuse à l'usage prolongé de ce médicament est loin d'être encore parfaitement justifiée.

M. Ball a mis sous nos yeux une autre altération du foie, mal définie, à caractère mixte, participant en même temps de la cirrhose et du cancer. Le microscope, en ne montrant que des cellules hépatiques normales, puis des cellules épithéliales avec hypertrophie du tissu cellulaire interlobaire, me semble avoir apporté un argument de plus en faveur de la cirrhose. Le développement exagéré de la trame cellulo-fibreuse aux dépens de l'élément vasculaire n'est-il pas regardé à peu près universellement aujourd'hui comme la lésion fondamentale et caractéristique de cette maladie?

La *rate* ne nous a fourni qu'une seule pièce et d'un intérêt secondaire; M. Lemarié nous a apporté des *productions accidentelles* (p. 352) qu'il avait rencontrées pour ainsi dire par hasard dans le tissu splénique, et qui, d'après leurs caractères physiques et chimiques, ne me paraissent pouvoir être rapportées qu'à des *phlébo-*

lithes. Ce seraient des caillots de fibrine anciennement coagulés dans l'intérieur des veines spléniques, et qui se seraient incrustés d'une quantité très abondante de sels calcaires. On comprend ainsi pourquoi, malgré leur aspect extérieur tout à fait semblable à celui du tissu osseux, ces productions ne renfermaient aucun des éléments anatomiques propres des os.

Deux corps étrangers non moins singuliers, trouvés dans le péritoine (p. 97), nous ont été montrés par M. Michel. L'un d'eux était libre, l'autre était appendu à un pédicule très long qui s'insérait sur le psoas iliaque. Surpris pour ainsi dire à un degré différent de leur évolution, ces deux corps ont été ingénieusement rapprochés par le présentateur des corps étrangers articulaires qui se pédiculisent avant de devenir tout à fait libres.

Système nerveux.

L'encéphale a été l'objet de communications nombreuses, variées et dignes d'exciter un véritable intérêt.

M. Témoin nous a montré une *apoplexie avec phlébite des veines du cerveau* (p. 68) chez une femme en couches qui avait été atteinte successivement de métrite-péritonite et de *phlegmatia alba dolens*. Les symptômes qui ont révélé la complication cérébrale n'ont pas été moins curieux que les résultats de l'autopsie. Il existait un piqueté abondant sous la pie-mère, à la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère gauche, avec plusieurs gros troncs veineux affectés de phlébite, et, au-dessous de ce piqueté, deux caillots du volume d'une noisette, l'un commençant à se décolorer, l'autre d'origine tout à fait récente. Aux environs il n'y a pas trace de ramollissement, mais dans un rayon de 2 centimètres autour de ces caillots, on observe un piqueté rouge dû à un grand nombre de petits foyers punctiformes, traces manifestes d'apoplexie capillaire.

Indépendamment de l'intérêt anatomo-pathologique qui s'attache à cette pièce, intérêt qu'a fait ressortir notre président en montrant par ces petits épanchements sanguins groupés autour des deux caillots principaux, la filiation de l'apoplexie capillaire à l'apoplexie par foyers, il y aurait la question clinique à débattre, à chercher la relation des symptômes avec les lésions. Les picotements et fourmillements des membres, ainsi que les convulsions épileptiformes,

sont tout à fait en désaccord avec une hémorrhagie cérébrale simple, et l'on se demande si le piqueté abondant signalé sous la pie-mère ne peut être rapproché jusqu'à un certain point de l'hémorrhagie méningée, et donner ainsi la clef des accidents convulsifs, lesquels sont si fréquents dans la forme aiguë de cette maladie.

N'oublions pas cependant que c'est dans l'intérieur de la grande cavité de l'arachnoïde, et non dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, qu'a lieu d'habitude l'épanchement sanguin dans l'hémorrhagie méningée. Très fréquents dans la première enfance, ces épanchements subissent des modifications remarquables, bien connues aujourd'hui depuis les recherches de MM. Baillarger, Legendre, Boudet et autres, et dont chaque année un certain nombre d'exemples sont apportés à la Société anatomique. Celui que vous a fait voir M. Garnier (p. 45) avait donné lieu à une erreur de diagnostic; on avait cru à une *hydrocéphalie* congénitale, quand, en réalité, elle était consécutive à une hémorrhagie méningée. Deux circonstances auraient pu mettre en garde contre cette erreur : la première, c'est que l'enfant (jusque-là bien portant) avait été pris brusquement de convulsions à l'âge de douze mois, et que sa tête n'avait grossi outre mesure que depuis cette époque; la seconde, c'est que le développement de la voûte crânienne, au lieu d'être uniforme, comme s'il s'était agi d'une *hydropisie* congénitale, présentait une saillie plus grande du côté gauche. L'autopsie donna la raison de ce défaut de symétrie en montrant qu'il existait deux kystes distincts et inégaux en volume; le gauche était complet et renfermait encore un liquide chocolat mélangé de caillots; le droit était incomplet et ne contenait plus que de la sérosité sanguinolente. C'était le seul que le trocart eût atteint dans la ponction pratiquée quelques jours avant la mort de l'enfant. A propos de cette pièce et d'un exemple d'hydrocéphalie générale, à la fois arachnoïdienne et intra-ventriculaire, et liée à la présence d'une tumeur cérébelleuse que vous a fait voir M. Gellée (p. 249), M. Barth a soulevé de nouveau la question du siège véritable de l'hydrocéphalie chronique, et je dois reproduire ici le résultat important de ses recherches : « Si l'on fait abstraction des collections liquides enkystées qui succèdent aux hémorrhagies méningées, l'hydrocéphalie chronique n'est jamais arachnoïdienne, elle est tou-

jours intra-ventriculaire. Telle est la conclusion à laquelle M. Barth est arrivé après avoir soumis à un scrupuleux examen tous les cas d'hydrocéphalie chronique qui existent dans la science. N'est-ce pas le cas de s'associer au vœu exprimé par M. Vidal, qui, afin d'éviter une confusion sans cesse renaissante, voudrait qu'on réservât le mot *hydrocéphalie* exclusivement aux hydropisies ventriculaires, et que celles qui sont consécutives aux hémorrhagies méningées ne fussent plus appelées désormais que *kystes hématiques intra-arachnoïdiens* ? »

Les recherches entreprises par M. Marcé (p. 465) sur l'*œdème du cerveau*, et dont il ne nous a communiqué encore que les premiers résultats, demanderaient à être plus complètes pour pouvoir être convenablement appréciées. Comme il l'a dit lui-même, notre collègue s'est placé, pour le moment, au point de vue de l'anatomie pathologique pure, et il a cherché tout d'abord à résoudre plusieurs problèmes préliminaires, sans lesquels on ne peut arriver à une conclusion rigoureuse.

Il s'est efforcé, en premier lieu, de déterminer la quantité d'eau contenue à l'état normal dans la substance cérébrale, et pour cela il a recours à la dessiccation dans une étuve à 400 degrés; des pesées successives donnent d'une manière exacte la quantité d'eau perdue par l'évaporation. D'expériences comparatives sur la substance blanche et sur la substance grise, répétées tant chez l'homme que chez un certain nombre d'animaux, M. Marcé a tiré les deux conséquences suivantes : la quantité d'eau prédomine toujours dans la substance grise, mais dans un rapport qui varie suivant les espèces animales. La différence serait égale, en moyenne, au dixième du poids total.

La seconde question étudiée par M. Marcé a été la suivante : la matière cérébrale est-elle susceptible d'absorber, sans être altérée dans sa texture, une nouvelle quantité d'eau ? C'était rechercher, en d'autres termes, si l'*œdème du cerveau* pouvait exister. Or, il résulte d'expériences variées que le parenchyme cérébral peut faire éponge, et se laisser infiltrer par la sérosité : de là, suivant notre collègue, des conséquences multiples au point de vue de l'anatomie pathologique des affections de l'encéphale ; un élément nouveau trop négligé devra désormais être rigoureusement recherché par la dessiccation, et servira peut-être à expliquer un cer-

tain nombre d'accidents cérébraux mal interprétés jusqu'à présent.

En admettant que ce procédé de dessiccation soit à l'abri de toute attaque, il est facile de prévoir qu'il ne pourra jamais être manié que par des hommes très exercés aux expériences physico-chimiques, et à l'aide d'appareils coûteux et embarrassants ; il sera donc, je le crois, à tout jamais banni de la pratique ordinaire des amphithéâtres, et restera le monopole des médecins voués à l'étude spéciale des maladies encéphaliques ; mais c'est un motif de plus pour encourager M. Marcé dans un genre de recherches que nul ne pourrait faire dans de meilleures conditions que lui, et qui devront acquérir une grande importance quand il en pourra faire l'application à la pathologie.

Avant d'arriver aux tumeurs cérébrales proprement dites, je dois vous signaler deux *abcès* développés, l'un dans le cerveau, l'autre dans le cervelet. Le premier, présenté par M. Fritz (p. 335), était la conséquence d'une perforation traumatique de la voûte orbitaire par un tuyau de pipe qui avait pénétré par la paupière supérieure gauche sans blesser l'œil, s'était engagé dans le lobe cérébral antérieur, n'était sorti qu'au bout d'un mois par un trajet fistuleux, et n'avait donné lieu, pendant ce temps, à aucun accident cérébral. Tout à coup survinrent des vomissements, des cris hydrencéphaliques, de la roideur du cou, et enfin de la somnolence suivie de convulsions cloniques générales. L'abcès était énorme et compliqué de méningite générale. Chez le malade de M. Dumont (p. 61), la collection purulente était survenue sans cause connue, et occupait le cervelet. Coma, dilatation des pupilles, trismus presque continu, résolution générale des membres, constipation et excavation du ventre, absence de contracture et de convulsions, tels étaient les signes principaux qui avaient pu faire soupçonner la formation du foyer purulent.

La tumeur du cerveau que vous a fait voir M. Baudot (p. 98) était manifestement la conséquence d'une ancienne hémorrhagie cérébrale. Au lieu de se résorber, l'épanchement sanguin s'était converti en une masse solide, jaunâtre, avait creusé en avant et en arrière deux sortes de kystes, et était entourée partout d'un ramollissement assez notable. Ces diverses circonstances rendent parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie :

céphalalgie habituelle, perte brusque de connaissance, hémiplegie droite, et plus tard attaques épileptiformes, avec convulsions siégeant principalement du côté paralysé. Si l'on eût signalé l'hyperesthésie cutanée, si caractéristique dans ces cas-là du ramollissement, le tableau serait complet.

Chez la malade de M. Lancereaux, qui portait une tumeur de la base du cerveau développée dans le corps pituitaire (p. 405), le diagnostic du siège de la maladie était singulièrement facilité par un signe qui est presque infailible lorsqu'il s'ajoute, comme ici, aux autres signes généraux des tumeurs cérébrales. Je veux parler d'une double amaurose, qui ne s'explique par aucune lésion appréciable des globes oculaires, qui marche progressivement, et révèle la compression ou la destruction du chiasma des nerfs optiques. L'affaiblissement musculaire, également prononcé des deux côtés, était encore une preuve que la tumeur occupait les parties centrales.

Le diagnostic des affections du cervelet offre des difficultés bien autrement sérieuses et se ressent de l'obscurité qui, malgré tant de travaux et de controverses, règne encore sur les véritables fonctions de cette partie de l'encéphale. C'est néanmoins un devoir de signaler, quand par hasard on vient à les rencontrer, quelques-uns de ces signes auxquels des hommes éminents ont voulu faire jouer un rôle capital. Tel est, par exemple, *le défaut de coordination des mouvements* indiqués depuis longtemps par M. Flourens comme pathognomoniques des affections cérébelleuses, et sur lequel M. le docteur Decès a rappelé votre attention en 1856 dans une note insérée dans nos *Bulletins*. Ce défaut de coordination a été des plus manifestes dans les deux cas de tumeur du cervelet qui vous ont été présentés par MM. Martineau et Gros (p. 244 et 363). Dans le premier, nous voyons, en effet, que le malade ne pouvait marcher que soutenu par une seule personne. « Quand il veut marcher seul, il fait plusieurs pas de suite en avant, comme en sautant, puis tombe; on le relève, et, s'il veut encore marcher seul, il fait plusieurs pas de suite, très vite, et tombe de nouveau. »

Ce n'était pas de la paralysie, car, une fois couché, il remuait facilement ses membres, tant inférieurs que supérieurs. Dans l'observation de M. Camille Gros, nous lisons aussi que l'enfant, dès le début, trébuchait en marchant et se laissait tomber. Je me re-

proche d'avoir émis dans mon rapport des doutes sur le caractère et sur la valeur réelle de cette titubation, et je reconnais de même que j'avais méconnu ou plutôt mal apprécié ce symptôme dans l'observation de tumeur du cervelet que je vous ai présentée en 1857. Frappé de cette circonstance, que ma petite malade pouvait dans son lit faire mouvoir et diriger à volonté ses quatre membres, j'avais cru pouvoir vous signaler comme parfaite la coordination des mouvements et l'opposer aux idées remises en honneur par M. Decès. Mais c'est que j'avais passé légèrement sur une particularité qui, rapprochée des observations présentées cette année par MM. Gros et Martineau, acquiert une certaine importance : le même enfant, mis sur ses jambes, ne pouvait se tenir debout et n'essayait même pas de marcher, tant il avait, pour ainsi dire, conscience de son défaut d'équilibre et de coordination.

Voilà donc trois individus affectés de tumeur du cervelet qui offrent tous trois cette singularité de jouir, pendant qu'ils sont au lit, de la liberté parfaite de leurs membres inférieurs et de la perdre dès qu'ils sont levés. Ce n'est pas ainsi que le défaut de coordination s'était révélé chez le malade de M. Decès, c'était par une sorte de chorée limitée à un seul côté et occupant aussi bien le membre supérieur que l'inférieur. C'est faute d'avoir saisi cette différence que M. Decès, dans son mémoire, ne paraît pas avoir soupçonnée, que j'ai été également induit en erreur. En relisant avec plus de soin les expériences et les conclusions de M. Flourens, conclusions vers lesquelles incline M. Longet (*Traité de physiologie*, t. II), j'ai vu que c'était moins la coordination des mouvements en général que celle des mouvements de locomotion ou de translation qu'ils avaient en vue dans les fonctions spéciales qu'ils attribuaient au cervelet. Les trois faits que j'ai cités seraient donc, vous le voyez, assez favorables à cette manière de voir.

Un autre symptôme non moins curieux et se rattachant aux idées si particulières émises par le célèbre Gall, lequel plaçait dans le cervelet l'organe de l'instinct de la propagation ou de l'amour physique, paraît avoir existé à un très haut degré chez le malade de M. Martineau : je veux parler de l'exagération de l'appétit vénérien. Elle était telle que le malade, quoique âgé de soixante ans, était obligé d'avoir des rapports conjugaux tous les deux jours, et

encore de deux à trois reprises chaque fois ; c'était pour lui un besoin impérieux, rien ne pouvait l'en détourner.

Mon intention n'est pas, à propos d'un cas isolé, de venir défendre de nouveau une opinion que tout le monde a combattue, aussi bien les médecins que les physiologistes. J'ai voulu seulement, par cette citation, vous faire voir quel parti Gall aurait pu tirer, au profit de sa doctrine, de l'observation de M. Martineau, surtout si on la compare à celles qu'il avait recueillies à grand'peine et invoquées dans son ouvrage. Mais c'est surtout M. Serres qui eût triomphé dans un cas pareil. Vous n'ignorez pas, en effet, que cet anatomiste, se fondant principalement sur sept observations dans lesquelles il avait noté la surexcitation des organes génitaux coïncidant avec une apoplexie du lobe médian du cervelet, a cru devoir modifier l'opinion de Gall en localisant l'instinct de l'amour physique non plus dans tout le cervelet indistinctement, mais dans une seule de ses parties, le lobe médian. Or, c'était là précisément le siège qu'occupait la tumeur dans le fait que j'examine. Résultat probable d'une ancienne hémorrhagie, elle proéminait, par son extrémité antérieure, dans le quatrième ventricule, de manière à effacer complètement la moitié inférieure de cette cavité et à repousser en avant le bulbe rachidien, qui paraissait plus aplati qu'à l'ordinaire.

Si je vous rappelle ce détail de l'autopsie, c'est qu'il n'échapperait certainement pas à MM. Pétrequin et Longet, lesquels, dans leur réfutation de la théorie de M. Serres, ont fourni l'explication suivante : « Si l'excitation des organes génitaux a pu coïncider spécialement avec les hémorrhagies du lobe médian, cela tient à ce que l'accumulation sanguine, plus proche de la moelle allongée, peut exercer sur elle une compression plus directe, troubler sa circulation et entraîner une modification morbide dans ses fonctions et sa vitalité. » (*Traité de physiologie* de Longet, t. II, p. 268.)

S'il en était ainsi, ce serait à la compression de la partie supérieure de la moelle bien plutôt qu'à la lésion elle-même du lobule médian du cervelet qu'il faudrait rapporter l'exagération persistante de l'appétit vénérien, et vous voyez combien l'autopsie du malade de M. Martineau se prête à une semblable interprétation.

Je n'ai pas cru devoir réunir aux précédentes la tumeur présentée par M. Roché, comme appartenant au cervelet, parce qu'à mon sens

elle mériterait mieux le titre de *tumeur de l'isthme de l'encéphale* (p. 340). Elle reposait, en effet, sur le pédoncule cérébelleux moyen gauche, et occupait une loge arrondie, creusée à la fois aux dépens de la protubérance du bulbe et du cervelet. Toutes les parties voisines étaient considérablement ramollies, et c'est très probablement à ce ramollissement étendu, ainsi qu'au voisinage du bulbe qu'il faut attribuer la mort rapide et presque subite de la malade. Entrée à minuit, elle venait de raconter les phénomènes qui la tourmentaient depuis cinq jours, lorsqu'elle s'endormit, et à une heure du matin, on fut tout étonné de la trouver morte. De quelle nature était cette tumeur? sous quelle influence s'était-elle développée? Autant de questions qui, malgré les recherches de M. Roché, sont restées sans réponse.

Un très bel exemple d'*encéphalocèle congénitale* nous a été apporté par M. Baudot (p. 32). La dissection de la tumeur qui siégeait à la nuque et était du volume du poing, a montré que les parois étaient formées de deux feuillets se continuant de la manière la plus manifeste avec la dure-mère et l'arachnoïde, et que la substance contenue à l'intérieur avait tous les caractères du tissu cérébral. M. Baudot avait d'abord pensé que la hernie cérébrale s'était faite par le trou occipital, mais, sur les observations de M. Houël, si compétent en pareille matière, il reconnut que c'était à travers une perte de substance subie par l'occipital, que la tumeur se continuait avec le cerveau. Cette pièce a confirmé les principales conclusions du mémoire publié récemment par M. Houël (*Archives*, 1859, t. II, p. 585), sur l'encéphalocèle congénitale et notamment, 1° la fréquence plus grande des encéphalocèles, comparées à celle des hernies aqueuses simples ou *méninocèles*, si tant est que cette dernière variété, dénommée par M. Spring, existe; 2° le rapport constant du siège de ces tumeurs avec les cornes antérieures, postérieures ou inférieures des ventricules cérébraux, ou avec le ventricule cérébelleux. Sur la pièce de M. Baudot, le ramollissement était tel qu'il fut difficile de constater exactement quelle partie du cerveau entrait dans la composition de la tumeur, mais il était infiniment probable que c'était la corne postérieure de l'hémisphère gauche.

Le *spina-bifida* doit être naturellement rapproché de l'*encéphalocèle*, puisqu'il s'agit d'un vice de conformation essentiellement

identique, si ce n'est que la hernie porte sur la moelle épinière. Dans la tumeur lombo-sacrée, que nous a fait voir M. Launay, on trouvait également comme parois, des expansions de la dure-mère et de l'arachnoïde spinale, et intérieurement le cordon médullaire replié sur lui-même. Sorti du canal vertébral par la partie supérieure de l'orifice osseux, il allait s'accoler au fond de la poche pour entrer dans le rachis par la partie inférieure du même orifice. — La présence de la moelle ou de ses éléments dissociés est-elle constante dans l'intérieur de la poche résultant du *spina-bifida*? Cette question a été agitée dans le sein de la Société, et il est facile d'en saisir toute l'importance, en songeant qu'un certain nombre de chirurgiens ont proposé d'étrangler le pédicule de la tumeur. Si, comme le pense M. Houël, il était démontré que toujours on rencontre, soit à l'intérieur, soit sur les parois, un ou plusieurs rameaux nerveux, ces opérations devraient être bannies de la pratique, dans le cas de *spina-bifida*, comme dans l'encéphalocèle; car elles entraînent souvent la mort, ou font courir tout au moins les plus grands dangers, et dans les cas très exceptionnels où elles réussissent, le résultat est toujours incomplet. La jeune fille dont nous a parlé M. Alexis Moreau était demeurée paraplégique; en admettant avec notre collègue que la hernie de la moelle eût été réduite, l'abolition de la fonction n'en fut pas moins incurable.

La moelle épinière a été l'objet d'une seconde présentation plus intéressante peut-être à cause de sa rareté; je veux parler de cette tumeur des méninges rachidiennes (p. 67) que M. Blondet découvrit à l'autopsie d'une jeune femme affectée de paraplégie depuis seize mois. On l'avait traitée, bien entendu, pendant tout ce temps pour un ramollissement de la moelle, et il se trouva que ce cordon était parfaitement intact dans toute sa longueur, mais avait subi depuis le niveau de la onzième dorsale jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'origine de la queue de cheval, une compression prolongée par suite d'une production pathologique très singulière, composée d'un amas de cellules épithéliales. Le temps ne m'a pas permis de rechercher, soit dans nos *Bulletins*, soit dans le traité des maladies de la moelle d'Ollivier, s'il y avait un certain nombre de lésions des enveloppes de la moelle comparables à celle-ci comme aspect extérieur, mais je ne sache pas

qu'avant M. Blondet, on ait encore décrit l'*épithélioma des méninges rachidiennes*.

Comme altérations propres à des nerfs isolés, j'ai à vous signaler deux tumeurs intéressantes développées dans le nerf optique.

Sur un enfant à la mamelle, âgé de onze mois et mort avec tous les signes de la méningite tuberculeuse, M. Ladreit de la Charrière, découvrit à l'autopsie, outre les granulations méningiennes caractéristiques, que le nerf optique du côté droit renfermait dans son centre une tumeur de la grosseur d'une noisette, et de nature également tuberculeuse. Avec le présentateur, on peut s'étonner que, malgré l'origine certainement ancienne de cette lésion, l'abolition de la vue du côté correspondant n'ait été constatée que huit jours avant la mort ; mais ce qui me paraît plus digne de remarque dans ce fait, c'est d'abord la rareté de la tuberculisation à un âge aussi peu avancé, la rareté encore plus grande de la méningite, laquelle ne s'observe presque jamais avant la seconde année, comme le prouvent les relevés de MM. Rilliet et Barthez, mais surtout le développement tout à fait exceptionnel d'un tubercule volumineux dans un nerf aussi important. Si on en juge par la description malheureusement incomplète, la tumeur située dans l'épaisseur même du cordon nerveux, constituait un véritable névrome tuberculeux, et sous ce rapport, elle mérite d'être rapprochée de cet autre *névrome* du nerf optique droit que nous a fait voir M. Duboué (p. 478). Mais ici la tumeur était à la fois intra et extra-orbitaire ; elle paraissait avoir succédé à une contusion, datant de onze ans déjà, et qui avait déterminé, depuis cette époque, l'abolition de la vue et l'exophtalmie. Les progrès qu'elle paraissait faire avaient engagé la malade, âgée de quatorze ans, à se faire opérer ; l'extirpation de l'œil, suivie d'un tétanos rapidement mortel, permit de reconnaître que le névrome, ayant l'aspect d'un fuseau, commençait à très peu de distance du globe oculaire, et se prolongeait à travers le nerf optique, jusqu'à une faible distance en avant du chiasma.

La rareté excessive des névromes du nerf optique, rareté déjà reconnue antérieurement par MM. Houël et Lefort, et confirmée par M. Trélat qui déclare, dans son rapport, n'en avoir pu découvrir d'autre exemple, ne justifie que trop les regrets qu'il exprime sur l'absence de certains détails importants qui ôtaient à cette belle

observation, peut-être unique dans la science, une certaine partie de sa valeur.

Tumeurs.

Avant de clore cette partie de notre travail, il me reste à vous entretenir de plusieurs tumeurs qui n'ont pu trouver place à propos des précédents appareils.

C'est ainsi qu'un *lipôme* de la région deltoïdienne (p. 307) a excité entre MM. Duchaussoy et Trélat, une discussion intéressante au point de vue de l'étiologie du lipôme en général. M. Duchaussoy prétendait que la tumeur graisseuse qu'il avait enlevée s'était développée à la suite d'une contusion reçue par sa malade, dix ans auparavant. Aux doutes énoncés par plusieurs membres sur une pareille étiologie qui pouvait bien, après un aussi long intervalle, n'être qu'une pure coïncidence, M. Duchaussoy avait cru pouvoir s'appuyer sur la théorie soutenue dans le troisième volume du *Traité d'anatomie pathologique* de notre président, et il déclarait avoir rencontré dans la science douze cas semblables de lipômes consécutifs à des contusions. Mais il est résulté d'une enquête bibliographique sérieuse, de l'examen attentif des douze cas invoqués, et de l'argumentation de M. Trélat restée sans réplique, que ce n'est pas à la suite d'une contusion, mais à la suite d'une pression lente et souvent répétée que se développent parfois les lipômes. C'est faute de cette distinction capitale, que M. Duchaussoy avait été conduit à une interprétation erronée.

Une petite *tumeur du creux poplité*, formée de kystes multiples (p. 345), a fourni à M. Liégeois l'occasion de développer une série d'hypothèses extrêmement ingénieuses sur la formation successive de ces kystes, mais auxquelles manquaient malheureusement les éléments d'une démonstration rigoureuse.

M. Dufour, à propos de trois *tumeurs du sein* (p. 467), dont l'examen au microscope lui avait été confié par M. Demarquay, a réveillé un de ces débats qui ont le privilège d'agiter la Société chaque année, mais qui, cette fois, au lieu de s'épuiser en discussions stériles ou irritantes, a eu pour résultat de fixer plus nettement l'état actuel de la science sur un des points les plus controversés de la micrographie.

Frappé d'une sorte de gradation dans l'examen simultané de ces

trois tumeurs, gradation dont le dernier terme paraissait marqué par l'apparition d'éléments nouveaux dits caractéristiques du cancer, M. Dufour s'était demandé si ces trois pièces, sur lesquelles il manquait absolument de renseignements cliniques, ne représentaient pas trois âges ou périodes d'un même produit morbide quant à son essence, débutant par l'hypertrophie mammaire et passant par l'épithélioma pour arriver au cancer en dernière analyse. Cette manière de voir, ajoutait-il, rendrait compte d'un certain nombre de faits en apparence contradictoires énoncés dans ces derniers temps, et particulièrement de la rareté chaque jour plus grande des tumeurs déclarées cancéreuses par certains micrographes.

Cette prétendue rareté, chaque jour plus grande, du véritable cancer, M. Verneuil n'a pas hésité à nous en donner la clef en nous exposant la théorie nouvelle par laquelle M. Robin s'est séparé de ses anciens collègues. Son importance mérite que je la reproduise ici presque textuellement (p. 470). Désormais, suivant M. Robin, « toutes les fois que dans un tissu morbide, la disposition anatomique est conservée, qu'on retrouve le mode de groupement normal des éléments, comme la forme des culs-de-sac, pour le tissu glandulaire par exemple, dans ces conditions on peut affirmer qu'il n'y a pas cancer. Quels que soient les caractères des éléments primitifs développés à l'intérieur de ces formes anatomiques, on doit admettre alors une hypertrophie simple, avec altération, déviation, ou maladie quelconque des cellules épithéliales. »

Mais, en dehors de cette école nouvelle qui raisonne aussi à la façon des naturalistes purs, reste la majorité des autres micrographes qui mènent de front la clinique et les recherches histologiques. « Ceux-ci, au contraire, attachent beaucoup moins d'importance à la disposition, au groupement anatomique, et ils attribuent la valeur principale à l'élément primitif, cellule ou noyau, de forme primitive. »

Ainsi s'explique la contradiction apparente des résultats obtenus par les micrographes ; en réalité, « le cancer est aussi fréquent qu'autrefois ; seulement, dans les idées plus modernes, la forme de l'élément primitif ne suffit plus à la caractériser ; il faut une condition nouvelle, l'absence de disposition anatomique nor-

» male ; sinon il n'est plus considéré que comme une maladie de
» l'épithélium, et c'est seulement ainsi qu'il paraît devenir plus
» rare. »

L'interprétation du cancer par une *maladie de l'épithélium*, ce
sont là pour la France des idées nouvelles, qui jusqu'ici n'avaient
eu cours qu'en Allemagne, et auxquelles M. Verneuil s'est publi-
quement rallié par le désaveu suivant des anciennes théories :
« La vérité, a-t-il dit, est que nous nous sommes trompés autre-
» fois avec M. Lebert sur l'origine et la nature de l'élément pri-
» mitif du cancer que nous regardions à tort comme hétéromorphe
» comme un produit accidentel sans analogie dans les éléments
» normaux.

Les Allemands sont arrivés à démontrer que « au lieu d'être
» une production nouvelle de toutes pièces, c'était le dernier terme
» d'une série de transformations successives par lesquelles pas-
» saient les cellules d'épithélium normal. »

Voilà donc un point de doctrine très important à établir et sur
lequel les micrographes de tous les pays paraissent actuellement
d'accord : c'est l'abandon de l'hétérogénie au profit de la dévia-
tion ou de la dégénérescence épithéliale.

Les noyaux cancéreux, comme a dit M. Marc Sée, cessent d'être
des éléments hétéromorphes, venus on ne sait d'où, ne ressem-
blant à rien ; ils sont reconnus désormais pour n'être qu'une
transformation morbide des éléments normaux de l'épithélium.

Mais en dehors de cette question d'origine, qui paraît définiti-
vement jugée, reste la question de la forme anatomique. Sur ce
point, M. Verneuil n'a rien abandonné de ses anciennes convic-
tions. Il a maintenu « dans toute sa rigueur la valeur exclusive et
» spécifique du noyau dit cancéreux ; il continue d'en faire la
» caractéristique obligée du cancer, et de lui attribuer une valeur
» pronostique funeste et telle que, s'il se rencontre dans une tu-
» meur, on peut prédire à l'avance tous les caractères cliniques
» relatifs à la marche fatale de la diathèse cancéreuse.

« En résumé, a-t-il ajouté, le terme du cancer doit rester un
» substantif dont le sens bien défini ne s'applique qu'à une seule
» espèce de tissu, et ne plus être comme autrefois un adjectif ha-
» nal servant à désigner indifféremment toute espèce de tumeurs
» malignes. »

Bien que tous les micrographes soient partisans de la structure anatomique comme base de la classification des tumeurs, il faut reconnaître que peu d'entre eux conservent une foi aussi robuste et aussi entière dans la cellule cancéreuse. Pour ne pas sortir de la discussion soulevée par M. Dufour, n'avons-nous pas vu tout à l'heure M. Robin subordonner la forme variable de l'élément primitif à la disposition anatomique ? Voici M. Marc Sée qui introduit une condition de quantité et ne veut admettre de cancer que si les noyaux dits cancéreux se rencontrent en nombre assez considérable, et enfin M. Dufour ne serait pas éloigné de faire intervenir l'âge ou le degré d'évolution plus ou moins avancé du produit morbide. Si, maintenant, je consulte la préface de la thèse tout récente d'un de nos collègues non moins versé dans les recherches micrographiques, M. Eugène Nélaton, j'y vois une manière tout à fait différente d'envisager le cancer. Pour lui, ce terme, appliqué « aux tumeurs, doit faire abstraction complète de toute idée histologique, et ne peut avoir qu'une acception purement clinique ; » il n'a de raison d'être qu'en vue du pronostic, c'est-à-dire de la » marche, de l'évolution, du retentissement général, indices de » la diathèse. Une tumeur donnée est ou n'est pas un cancer, non » parce qu'elle se compose de tel ou tel tissu, mais bien parce » qu'elle suit au sein de l'économie, et chez l'individu qu'on considère telle ou telle phase de développement (*Thèse*, p. 21). »

A l'appui de cette opinion, qui constitue un retour presque complet aux idées anciennes, M. Eug. Nélaton n'a pas manqué d'invoquer, comme MM. Houël et Vidal l'avaient fait devant nous, ces exemples remarquables de tumeurs formées de tissus, réputés autrefois bénins (épithéliaux, fibro-plastiques, cartilagineux et même fibreux), qui ont pu, exceptionnellement, se généraliser dans les organes splanchniques et entraîner la mort à la manière des tumeurs dites cancéreuses.

Entre ces deux systèmes, dont l'un persiste à tout subordonner à la nature du tissu morbide, dont l'autre veut, au contraire, mettre en première ligne le mode d'évolution dans l'organisme, la lutte reste ouverte. Quel est celui qui triomphera définitivement ? Nul ne le saurait dire encore ; néanmoins ces dissidences que je devais vous exposer semblent révéler une de ces époques de transition et de malaise, fréquentes dans l'histoire des re-

cherches scientifiques, où les esprits inquiets et momentanément ébranlés, cherchent des bases de doctrine plus solides et plus universellement acceptables.

En attendant et en appelant de tous nos vœux une formule générale du cancer, susceptible de rallier toutes les opinions, gardons-nous néanmoins de profiter d'un moment de confusion passagère et des erreurs, comme celles de l'hétérogénéité, que les micrographes sont les premiers à confesser et à redresser, pour méconnaître les services rendus à l'anatomie pathologique par un précieux moyen d'étude. C'est en vain qu'on chercherait à frapper de discrédit plus de dix ans de travaux sérieux, de patientes et fécondes recherches. Si le microscope n'a pas tenu tout ce qu'il avait eu le tort de promettre à ses débuts, s'il s'est trop pressé et a dû revenir déjà sur plusieurs de ses conclusions un peu précipitées, que prouvent ces fluctuations et ces revirements, sinon que la science histologique ne saurait se fonder en un jour et que, suivant la loi générale du progrès, ce n'est qu'après beaucoup de tâtonnements et de méprises que nous arriverons à la conquête définitive de la vérité.

Appareil génito-urinaire (1).

Les lésions traumatiques de l'appareil génito-urinaire sont fréquentes chez l'homme ; souvent une fausse route est faite dans le canal de l'urètre, surtout quand celui-ci est déjà malade et affecté de rétrécissements. Cette fréquence des lésions s'explique parfaitement par la disposition anatomique des parties, la longueur du trajet urétral et ses courbures ; seulement les lésions produites par la sonde en avant du bulbe sont très rares, et M. Dolbeau nous en a montré un très curieux exemple sur une pièce qu'il a recueillie à l'amphithéâtre. Cette pièce est aussi très intéressante au point de vue de l'ouverture anormale des conduits éjaculateurs dans l'intérieur de l'utricule prostatique : c'est le second fait consigné dans les annales de la science ; le premier a été relaté par M. Jarjavay dans son travail sur l'urètre.

Nous devons rapprocher du fait précédent plusieurs observations de M. Caudmont. La première a trait à un malade qui a succombé

(1) Cette dernière partie du compte rendu a été rédigée par M. Charrier.

à des lésions de tout l'appareil, sans présenter de réaction; ce qui est important à noter dans ce fait, c'est un abcès des parois vésicales. Cet abcès a causé une péritonite partielle qui entraîna la mort sans être accompagnée de phénomènes réactionnels. Il en est, au reste, de même dans certains abcès profonds qui surviennent dans l'abdomen, soit à la suite des couches, soit à la suite de métrites chroniques.

Le deuxième fait présenté par M. Caudmont est celui d'un malade qui a succombé à une infection urinaire.

Les accès de fièvre intermittente étaient quotidiens, erratiques, et coïncidaient avec une hypertrophie splénique. La rate présentait un ramollissement considérable, comme dans les cas de fièvre intermittente pernicieuse. Ce serait ici la place de parler de l'hypertrophie de la rate dans les cas d'accès de fièvre intermittente, que la fièvre soit causée par l'intoxication palustre ou par une lésion quelconque. C'est là une question de pathologie générale très importante à étudier. L'hypertrophie de la rate est-elle toujours la suite de la fièvre? En est-elle la cause? Nous croyons que les éléments de cette question ne sont pas assez nombreux, ni assez étudiés pour pouvoir formuler une opinion bien arrêtée à ce sujet, et la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine confirme pleinement les doutes que nous émettons. La seule chose que l'on puisse dire, c'est que souvent, à la suite d'un cathétérisme urétral ou utérin, surviennent des accès de fièvre intermittente très violents, et qui, dans certains cas, peuvent simuler les accès pernicioseux et se terminer de la même manière; mais cette diffusion de la rate arrive dans tous les cas de septicémie, soit d'infection purulente, soit d'infection putride sans cathétérisme. Dans le cas de M. Caudmont, c'est l'intoxication urinaire qui a été la cause de la diffusion splénique, maladie qui n'a dû être que secondaire à l'empoisonnement général.

Reins.

A propos de ces accès de fièvre intermittente qui surviennent à la suite du cathétérisme et du traitement par le sulfate de quinine, M. Verneuil a soulevé une question très intéressante sur l'étiologie de cette fièvre, qui, selon lui, a toujours pour point de départ une

néphrite. Cette discussion, à laquelle participent MM. Blot et Caudmont, a été provoquée par la présentation de M. Duboué, qui a montré à la Société les reins d'un homme qui a succombé à une néphrite survenue à la suite de la lithotritie. Le point discuté est le suivant : Quand un malade est pris de frisson à la suite d'une opération dans les organes génitaux, on a l'habitude de donner du sulfate de quinine. C'est là, suivant M. Verneuil, une erreur grave, un traitement intempestif, toujours le frisson est l'indice d'une néphrite, et l'on perd un temps précieux ; pendant que l'on administre ce médicament, la néphrite marche, progresse, et le malade ne tarde pas à succomber. Si l'on avait soin, dit M. Verneuil, de palper la région rénale, on constaterait l'existence d'une douleur qui peut être d'abord intermittente, mais qui revient toujours avec les accès de fièvre. C'est là le premier symptôme de l'altération rénale.

M. Caudmont est de l'avis de M. Verneuil : aussi propose-t-il d'appeler la fièvre uréthrale fièvre néphrétique ; mais il ne croit pas que la douleur lombaire existe toujours, et l'un des signes, selon lui, de la néphrite serait un état tout particulier de la langue, qui serait comme vernissée à la pointe, recouverte dans le reste de son étendue d'un enduit particulier, et surtout un dégoût très prononcé du malade pour tous les aliments azotés.

C'est donc, comme on le voit, un point très important de la pathologie urinaire ; il ne tend à rien moins qu'à renverser la théorie de ces fièvres intermittentes qui naissent à la suite d'un cathétérisme, et qui, au lieu d'être causées par une prédisposition toute spéciale, ne seraient, au contraire, que le premier symptôme d'une néphrite commençante. Or, le traitement quinique serait complètement nuisible, puisqu'il donnerait par son inutilité tout le temps à la phlegmasie rénale de se développer.

M. Delestre a apporté encore un fait à l'appui de cette opinion ; il montre les reins d'un homme qui a succombé à une néphrite calculeuse, maladie qui, pendant la vie, a été prise pour une cystite chronique. Le malade avait eu des accès de fièvre intermittente mal définie, erratique. Ce fait viendrait encore confirmer l'opinion de M. Verneuil et de M. Caudmont, qui veut que la plupart des phénomènes fébriles mal caractérisés soient, comme nous l'avons dit tout à l'heure, toujours les indices d'une altération rénale.

Vessie.

Passons maintenant aux lésions de la vessie. M. Tillaux a mis sous les yeux de la Société un fungus de la vessie pédiculé qui causait des hématuries fréquentes. Une rétention d'urine eut lieu, on évacua l'urine, et, malgré des injections répétées souvent par M. Gosselin, qui débarrassèrent la vessie des caillots, les hémorrhagies se reproduisirent, et le malade succomba à la fièvre urinaire. A ce propos, M. Cruveilhier rappelle le danger du cathétérisme dans des cas pareils, et il cite les cas de l'évêque de Limoges et du général Dupont, qui succombèrent tous deux dans des circonstances analogues à celles que vient de mentionner M. Tillaux; et à des affections complètement identiques.

M. Verneuil, au nom de M. Follin, a fait voir à la Société une fistule vésico-vaginale. Les détails de l'observation présente viennent pleinement confirmer les idées développées par le présentateur dans un travail publié dans les *Archives* sur la cause des fistules permanentes. Cette cause est la soudure intime des deux muqueuses vésicale et vaginale sur le contour de l'ouverture. C'est à cet orifice bimuqueux et non à l'écoulement de l'urine qu'il faut attribuer la persistance de la fistule.

On apercevait très bien la ligne de démarcation des deux muqueuses, et tout près des contours de l'orifice l'ouverture des deux urétéres. Cette disposition justifie pleinement l'opinion des chirurgiens américains, qui ne veulent pas que l'on avive la muqueuse vésicale, mais seulement la muqueuse vaginale.

Ajoutons que cette femme n'avait subi aucune opération. Nous regrettons que l'observation n'entre pas dans plus de détails au point de vue étiologique. La malade est morte à la suite d'accidents urémiques; mais il n'est pas dit si c'est ou non à la suite d'un accouchement que s'est produite la lésion; et si c'était à la suite d'un accouchement, comme tout porte à le croire; si le travail avait été long, et si le fœtus était volumineux.

Urèthre.

M. Guerlain vous a présenté, messieurs, un cas très curieux d'hypospadias compliqué de torsion congénitale de la verge. Ces cas sont tellement rares que le rapporteur, M. Dolbeau, n'a pu que réunir trois cas de ce genre. Et, chose curieuse, ainsi que le fait remarquer M. Dolbeau, c'est que rien dans la disposition des organes n'a pu rendre compte de cette difformité pénienne. Les corps caverneux, entre autres, ont présenté un développement parfaitement symétrique. Il faut donc se contenter de faire rentrer ces cas dans les vices de conformation, dans ces bizarreries étranges que nous présente quelquefois la nature, mais dont nous ignorons complètement et la cause et l'essence.

Comme affection curieuse de la verge, M. Royer, interne à l'hôpital du Midi, vous a montré la verge et le scrotum d'un homme qui a succombé à un cancroïde qui avait envahi toute la peau de ces organes, et ne dépassait pas les limites du tégument externe. Ce qui est remarquable dans ce fait, c'est la rapidité de la maladie, et la terminaison par la gangrène du membre inférieur, causée par l'oblitération de la tibiale antérieure et du tronc *tibio-péronier*. Tout le monde sait que les abcès urineux qui se forment dans les cas de rétrécissements de l'urèthre siègent toujours en arrière de l'obstacle. M. Tillaux vous a démontré par un fait observé à l'hôpital Cochin qu'il peut y avoir des exceptions à cette loi, puisque dans la pièce qu'il a mise sous les yeux de la Société l'abcès était en avant du rétrécissement.

En pratiquant le cathétérisme sur un cadavre de l'école pratique, M. Dolbeau fut frappé de l'étendue des mouvements de latéralité que l'on pouvait faire exécuter au bec de la sonde au niveau de la portion membraneuse. Il soupçonna une cavité accidentelle, et en incisant le canal de l'urèthre par sa partie supérieure, il trouva une vaste caverne remplie de détritrus purulents qui communiquait avec d'autres cavernes accessoires se prolongeant dans le bassin. Le scrotum portait les traces d'une fistule ancienne. Du même côté le testicule était rempli de pus granuleux semblable à celui qui résulte de la fonte des tubercules. De l'autre côté, le corps d'Hygmore était infiltré de matière tuberculense à l'état cru.

Les vésicules séminales avaient été détruites par la suppuration. M. Dolbeau croit donc que la caverne de la portion membraneuse était aussi de nature tuberculeuse; cette lésion a été décrite depuis longtemps par M. Velpeau sous le nom de *caverne prostatique*.

La présence de corps étrangers de l'urèthre et de la vessie est un accident fréquent, et le mémoire publié par notre excellent collègue M. Denucé sur ce sujet en fait foi. M. Guerlain nous montre une épingle à cheveux double qui a séjourné quatre mois dans le canal; elle y détermina plusieurs fistules et un écoulement; mais une fois le corps étranger extrait, les fistules se fermèrent et la guérison eut lieu.

M. Caudmont vous a aussi, messieurs, fait voir un petit calcul gros comme un grain de café qui s'était arrêté, chez un enfant de deux ans, dans la fosse naviculaire, et dont il fit l'extraction avec une pince.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le frère avait déjà rendu au même âge deux calculs de la même dimension et de la même nature.

Une chose, messieurs, vous a sans doute frappés dans les communications qui ont été faites de maladies des organes génito-urinaires : c'est la difficulté et l'incertitude du diagnostic. Nous en avons encore un exemple dans la présentation de M. Témoïn, qui vous a fait voir un testicule tuberculeux qui a été, pendant la vie, pris pour un fongus, car ce n'est qu'à la coupe que l'on a découvert un foyer tuberculeux au centre même de l'organe.

M. Jouon vous a montré encore une maladie très difficile, sinon impossible à diagnostiquer pendant la vie : ce sont des kystes avec enchondrome du testicule qui se sont développés dans le dédoublement de la tunique albuginée.

Pour terminer les lésions qui ont leur siège dans les organes génito-urinaires, nous ne devons pas passer sous silence deux hématocèles scrotales, toutes deux recueillies dans le service de M. Velpeau, l'une spontanée, qui a été présentée par M. Jouon.

A la suite de cet épanchement le testicule s'atrophie, et la tunique vaginale s'épaissit considérablement en contractant des adhérences avec la glande.

Le malade succomba à une bronchopneumonie gauche compliquée d'empyème du même côté. A l'autopsie, on vit l'atrophie du

testicule, qui est aplati, et ne forme plus qu'une membrane très mince qui n'est séparée que par une enveloppe fibreuse, dense, qui est l'albuginée de la pulpe grisâtre qui l'environne. La décoloration, comme le fait remarquer M. Dolbeau, eût donc été impossible, ainsi que la possibilité de reconnaître la place du testicule pendant l'opération. Enfin, contrairement à l'opinion de M. Gosselin, M. Dolbeau vous a montré que la cavité vaginale n'était pas conservée.

Ces deux points ont été encore mis en évidence par la présentation que vous a faite M. Dolbeau d'une hématocele traumatique du scrotum.

Passons maintenant, messieurs, aux lésions des organes génitaux de la femme. La question la plus importante qui découle de toutes les présentations faites à la Société, pendant l'année 1859, sur cet appareil, est évidemment celle du prolapsus utérin. La chute de la matrice existe-t-elle? Y a-t-il allongement hypertrophique du col, comme le veut M. Huguier? Ou bien cet allongement ne porte-t-il que sur la portion intermédiaire au corps et au col?

Telle est la question au point de vue anatomo-pathologique; puis, comme conséquence, se présente la question du traitement.

Reprenons une par une les questions que nous venons de poser, et discutons-les.

1° Il y a peu d'années encore, et dans tous les traités d'accouchements, on décrivait comme des accidents assez fréquents les prolapsus complets de la matrice. Eh bien, ces cas sont très rares, et M. Huguier n'en a pu trouver que deux, qui sont consignés dans son mémoire, encore ces cas ont-ils été contestés par plusieurs auteurs; mais quand on les étudie avec soin, on ne peut les rejeter, puisque dans la tumeur, qui était extra-vulvaire, l'utérus était contenu en entier.

Ceci est déjà un point important à connaître. Le prolapsus utérin peut donc être complet, il peut être aussi incomplet.

Le prolapsus complet existe quand l'utérus est tout à fait en dehors de l'anneau vulvaire, comme l'a très bien dit M. Verneuil, et non de l'anneau vaginal, qui est 2 à 3 centimètres au-dessus, et qu'il ne faut pas confondre avec l'anneau vulvaire, puis quand le cul-de-sac postérieur vaginal est entièrement effacé. M. Cruveilhier

n'admet pas cet effacement complet d'un cul-de-sac vaginal postérieur.

Ces cas sont extrêmement rares, puisque M. Huguier n'en a pu trouver que deux bien authentiques.

M. Depaul en a cité encore deux ou trois autres dans la discussion qu'a provoquée le mémoire de M. Huguier à l'Académie de médecine; et quand bien même le travail de M. Huguier n'aurait eu que ce résultat, il aurait encore beaucoup d'importance. La chute est incomplète quand une partie de l'organe est encore dans le vagin.

2° Y a-t-il allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col? De tout le travail de M. Huguier il découle que cette hypertrophie existe réellement, et M. Campana et M. Tillaux vous en ont montré chacun un exemple: dans le premier, l'utérus entier mesurait 44 centimètres et demi; la cavité du corps 5; celle du col 6,5, dont 4 pour la portion intravaginale, et 2,5 pour la portion extravaginale. Dans la portion intravaginale, dit M. Campana, le col s'unissait au corps de l'organe, d'ailleurs très sain, par une portion rétrécie et un peu ramollie, comme cela se voit dans les rétroflexions.

Mais si nous examinons les autres observations qui ont été publiées, nous voyons, comme dans les cas de M. Verneuil et de M. Legendre, que c'est la portion intermédiaire au col et au corps qui s'est seule hypertrophiée. Vraiment nous ne comprenons pas bien l'importance de cette subtilité anatomique, sur laquelle M. Depaul insiste tant, que ce soit le col lui-même ou la portion intermédiaire, l'organe n'en est pas moins allongé dans sa portion cervicale, le corps restant à l'état normal.

Le point capital est le traitement. Doit-on amputer? Les observations de M. Huguier sont là encore pour démontrer le peu de danger de cette opération.

L'écraseur linéaire de M. Chassaignac a donné, dans des cas pareils, d'excellents résultats.

Le chirurgien est, en effet, porté à faire tous ses efforts pour débarrasser les malades de cette infirmité, des graves inconvénients et des souffrances continuelles qu'elle entraîne après elle, et il ne peut pas rester spectateur impassible de ce triste spectacle.

De tout ceci nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe un prolapsus complet de la matrice, mais c'est un accident très rare.

2° Le corps de l'organe n'est pas hypertrophié.

3° C'est le col, ainsi que le prouvent les observations de MM. Campana et Tillaux, qui quelquefois s'allonge hypertrophiquement; quelquefois aussi c'est la portion intermédiaire au col et au corps qui est le siège de cet allongement.

4° L'opération qui consiste à amputer tout ce qui sort de l'anneau vulvaire n'offre pas les dangers que semble redouter M. Depaul, les observations de M. Huguier en font foi.

Deux cas de cancer de l'utérus ont été mis sous les yeux de la Société. Le premier, présenté par M. Lancereaux, n'est remarquable qu'en ce que la surface interne de l'utérus a été seule envahie, ainsi que les trompes, tandis que le col restait sain et n'offrait aucune ulcération, ni aucune bosselure. Le deuxième cas est relatif à un cas de diathèse cancéreuse qui avait non-seulement envahi tout le vagin et rongé le col de l'utérus, mais encore qui avait atteint le cœur et les plèvres.

Dans ces deux cas, l'examen microscopique a été fait, et a démontré l'existence des cellules dites cancéreuses.

M. Gingeot a présenté une tumeur de la matrice qui avait déterminé des signes d'iléus par la compression qu'elle exerçait sur l'intestin.

Vulve.

Les eschares gangréneuses de la vulve et du vagin se voient souvent à la suite des couches, surtout dans les hôpitaux spéciaux et en temps d'épidémie, mais les gangrènes du col sont beaucoup plus rares. M. Témoin vous en a montré un bel exemple. Les veines utéro-ovariennes étaient énormes et complètement oblitérées, de telle sorte que la gangrène n'en avait été que la conséquence, et que là on ne peut invoquer la compression des parties par la tête du fœtus, mais bien une prédisposition toute spéciale à l'inflammation veineuse signalée dans toutes les thèses des anciens internes de la Maternité.

M. Meunier vous a aussi présenté un cas très curieux d'esthionème de la vulve, qui avait résisté à tous les traitements, et qui présente cette particularité bien remarquable que, malgré les

lésions énormes, il n'y avait point de retentissement ganglionnaire.

Ovaires.

Quelques pièces anatomiques très intéressantes ont été mises sous les yeux de la Société. 1^o M. Lesouef a soumis à l'examen de la Société deux tumeurs ovariennes trouvées à l'autopsie d'une femme de quarante-cinq ans, morte après avoir fait une fausse-couche de quatre mois. Dans la droite, on voit une matière plastique; dans la gauche, au contraire, qui est beaucoup plus volumineuse, une altération qui paraît de même nature, mais à un degré phlegmasique plus avancé, qui pourrait être pris pour une phlébite capillaire. M. Barth a fait suivre cette présentation des réflexions suivantes. Il croit que c'est le contraire à l'opinion de M. Lesouef qui est la vérité.

La matière trouvée dans l'ovaire droit serait la plus ancienne et de nature fibreuse. Due à une ancienne hémorrhagie, celle, au contraire, trouvée dans le gauche serait probablement due à des hémorrhagies semblables à ces épanchements apoplectiques que l'on rencontre dans d'autres organes, et qui simulent l'aspect des corps caverneux; que ce serait donc une même maladie, mais à des âges différents.

Nous ajouterons que nous croyons que la fausse-couche a été provoquée par les tumeurs ovariennes : c'est là la règle ordinaire. Nous ferons aussi remarquer l'âge assez avancé de la malade, quarante-cinq ans. Les grossesses, à cet âge, ne sont pas très communes.

La deuxième a trait à une tumeur cancéreuse de l'ovaire droit présentée par M. Descroizilles. Cette dégénérescence était grosse comme la tête d'un fœtus à terme, et était accompagnée d'une ascite considérable. L'ascite devint tellement gênante que la ponction fut pratiquée par M. Nonat. Cinq jours après, la malade succombait à un affaissement progressif.

A ce propos, M. Dolbeau insiste sur le danger des ponctions pratiquées dans les cas de tumeurs abdominales, ponctions qui accélèrent souvent la mort des malades au lieu de les soulager. Ce conseil était donné par Marjolin, qui avait fréquemment vu la mort

survenir sans réaction générale dans les vingt-quatre heures qui suivaient la ponction.

Enfin M. Edmond Simon vous a montré un kyste sanguin de l'ovaire gauche qu'il a appelé du nom d'hématocèle.

MM. Parmentier et Voisin ne veulent pas du mot hématocèle, prétendant, à juste titre, que c'est un abus de langage tendant à jeter de la confusion dans la science, puisque l'inventeur du mot, M. Nélaton, a désigné sous ce nom une collection sanguine sous ou intra-péritonéale et rétro-utérine, suivie d'anémie profonde, de péritonite, et caractérisée par une tumeur que l'on peut apprécier et par le toucher rectal et vaginal. Si l'on donnait une extension pareille à ce mot, toute collection sanguine, quelle qu'elle fût, serait une hématocèle.

Une question aussi très importante, et qui a été soulevée par la présentation d'un bassin rachitique ne mesurant que 0^m,051 dans le diamètre sacro-pubien, faite par M. Gros, est digne de nous arrêter quelques instants.

M. Millard, son rapporteur, a insisté très judicieusement sur la conduite à tenir dans un cas pareil, quand la femme est arrivée au terme de sa grossesse.

Doit-on faire l'opération césarienne? M. Monod, qui avait opéré cette femme à la maison de santé, regrettait de n'avoir pas fait cette opération.

La femme, en effet, avait succombé un quart d'heure après l'extraction du fœtus.

Eh bien, nous croyons fermement que M. Monod a agi comme il devait le faire en faisant la céphalotripsie; seulement il aurait dû employer la méthode de M. Pajot, qui consiste à faire des applications successives de céphalotribe toutes les trois ou quatre heures, en ayant soin de ne pas faire des tractions exagérées, qui sont toujours les causes de désordres considérables, et partant de la mort de la femme.

Dernièrement, à la Clinique, M. Pajot a employé ce procédé opératoire. Le diamètre antéro-postérieur avait moins de 0^m,05. L'enfant, quoique volumineux, fut extrait, et la femme guérit.

Cette méthode a donc de l'avenir, elle doit être employée avec soin et prudence, et par le broiement successif et en tout sens de la base du crâne, et au besoin des épaules, on aura le bonheur de

terminer heureusement des accouchements qui, sans elle, n'auraient été terminés qu'au moyen de l'opération césarienne.

Enfin, messieurs, terminons notre compte rendu par une présentation de M. Dufour. C'est un arrière-faix rendu trois mois après un avortement probable. Ces cas ne sont pas rares, et pour notre compte nous avons déjà été témoin de faits semblables : entre autres un placenta que nous avons présenté à la Société, et qui a été expulsé onze mois après l'avortement. C'est à ce phénomène que M. Dubois a donné le nom de fausse-couche chronique. Nous devons en tirer une conclusion pratique, à savoir : que dans les avortements, quand il n'y a pas d'accidents hémorrhagiques ni putrides, il faut se contenter d'attendre, et confier l'expulsion au dehors aux soins de la nature.

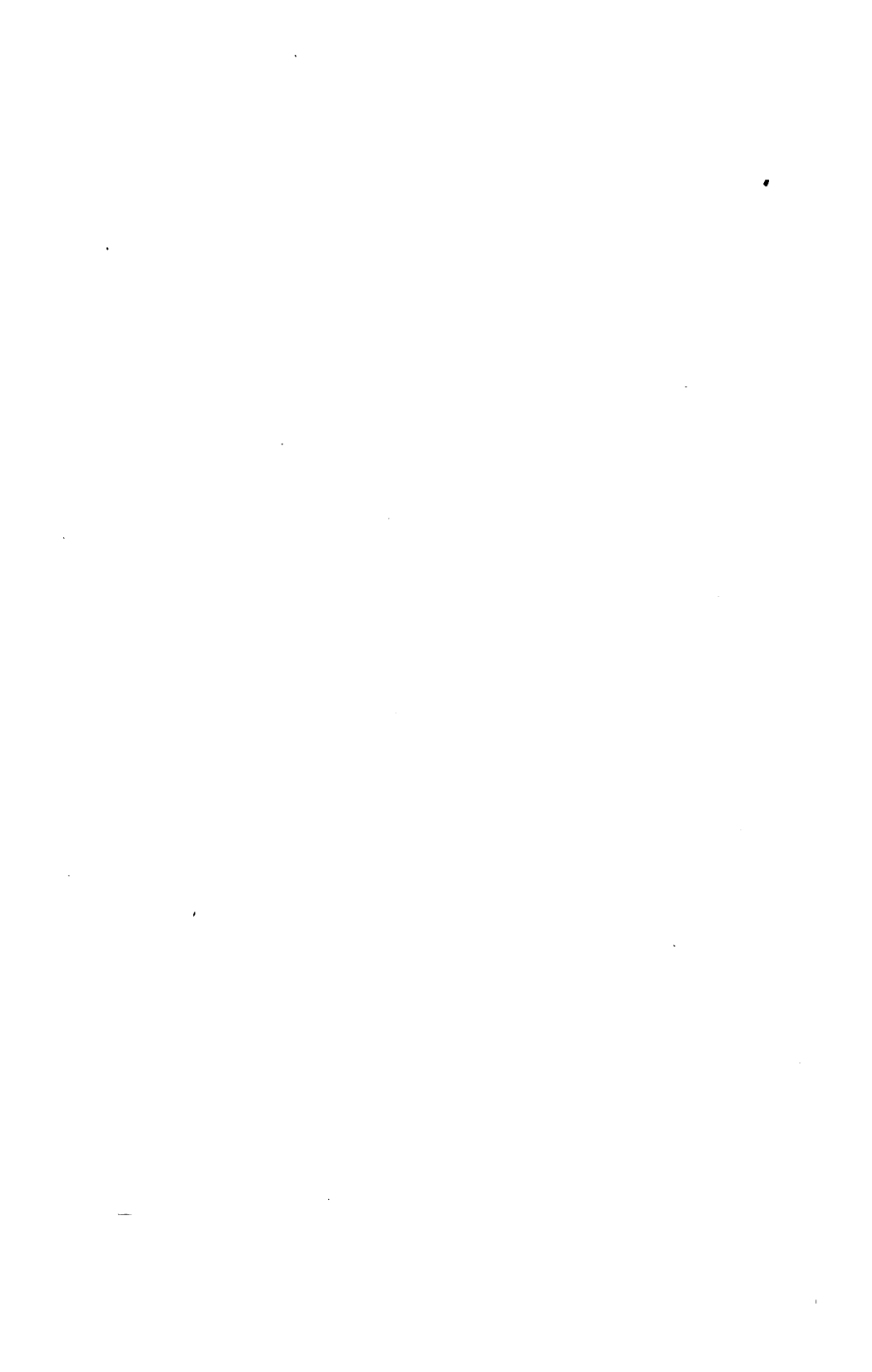


TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS

LE TOME QUATRIÈME DE LA DEUXIÈME SÉRIE

(XXXIV^e ANNÉE).

A	C
Abdomen (cancers multiples de l'), 11.	Calcul biliaire dans l'S iliaque, 339
Abcès du cervelet, 61	— vésicaux, 266.
— urineux, 109.	— uréthral, 330.
— Troid de la nuque, 256.	Cancers multiples, 11.
Albuminurie, 34.	— du cœur, 118.
Anévrysme de la crosse de l'aorte, 90, 187.	— du fémur, 54.
Aorte (anévrisme de l'), 90, 187.	— des mamelles, 167, 176.
— (dilatation de la crosse de l'), 243.	— de l'œsophage, 107.
Apoplexie avec phlébite cérébrale, 68.	— de la vessie, 33.
Artère fémorale (ligature de l'), 339.	— des trompes et de l'utérus, 116
— et veine fémorales, 291.	— de l'ovaire avec kystes, 238.
— rénales (anomalie double des), 317.	Cancroïde de la verge, 3.
Artérite, 226.	Cardia (rétrécissement du), 272.
Arthrite scapulo-humérale chez un nouveau-né, 48.	Carie vertébrale, 256, 360.
Atrophie graisseuse des nerfs et des muscles, 217.	Céphalématome, 265.
	Céphalotripsie, 354.
	Cerveau (apoplexie avec phlébite du), 68.
	— (tumeur du), 98.
	— (œdème du), 165.
	Cervelet (tumeur du), 244, 310, 363.
	— (abcès du), 61,
	Chute de matrice, 35, 119, 131, 135.
Bassin (rétrécissement considérable du), 354.	Cœur (hypertrophie concentrique du), 7.
Bronches (corps étranger dans les), 252.	— (cancer du), 118.
Bronchite pseudo-membraneuse, 42.	Corps étrangers du péritoine, 97.

Couturier (concrétion calcaire du muscle), 10.

Coude (luxation du), 43, 350.

Crâne d'un enfant rachitique, 249.

Cricoïde (nécrose du cartilage), 81.

Croup, 8, 42, 189, 365.

Cysticerques dans le cœur, les muscles, etc., 59.

D

Difformité congénitale des pieds et d'une main, 351.

Dilatation de la crosse aortique, 243.

Diphthérie bronchique, 42.

— maligne, 365.

— (paralyse suite de), 252.

E

Éléphantiasis du membre supérieur, 192.

Embolie artérielle, 226.

Encéphalocèle, 32.

Encéphalopathie albuminurique, 34.

Enchondrome de l'os iliaque, 338.

— du testicule, 161.

— du tibia, 296.

Endocardite rhumatismale, 357.

Épididyme (tubercules de l'), 334.

Épingle extraite de l'urèthre, 173.

Épithélioma des enveloppes de la moelle, 67.

Esthiomène vulvaire, 305.

Estomac (hypertrophie concentrique de l'), 63.

— (hémorragie par ulcère simple de l'), 212.

Étranglement interne, 299.

F

Fémur (fracture spiroïde du), 136.

— (— comminutive du), 337.

— (fissure complète du), 62.

— (luxation ischio-pubienne du), 196.

Fistule vésico-vaginale, 162.

Foie cirrheux et hypertrophié, 160.

— (altération du), 337.

Fongus de la vessie, 35, 350.

G

Ganglions tuberculeux, 301.

Gangrène sèche de la jambe, 226.

— partielle du col utérin, 210.

Gastrorrhagie mortelle, 212.

Génito-urinaire (lésion de l'appareil), 13.

Glotte (œdème de la), 81.

Grossesse tubaire, 318.

H

Hématocèle de l'ovaire, 306.

— du scrotum, 213, 215.

Hémorragie méningée, 20.

— intra-rachidienne, 242.

— de la glande pinéale, 316.

Hernie crurale étranglée, 21, 71.

— à travers le ligament de Gim-bernat, 25.

Hydrocéphalie, 20, 209, 362.

Hypertrophie concentrique du cœur, 7.

— de l'estomac, 68.

Hypospadias supérieur, 87.

Humérus (luxation de l'), 221.

I

Iliaque (enchondrome de l'os), 338.

Imperforation congénitale du rectum, 211.

Infection urinaire, 331, 340.

Insuffisance aortique, 72.

Intestin grêle (invagination avec polytype de l'), 205.

— (invagination de l'), 28.

— (communication accidentelle de l') avec le rectum, 344.

— (perforation de l'), 241, 299.

K

Kyste du corps thyroïde, 313.

— multiples du creux poplité, 315.

— du petit bassin, 6.

— du testicule, 161.

L

- Langue (tumeur épithéliale de la), 16.
 Laryngite séro-muqueuse, 333.
 Ligature de l'artère fémorale, 339.
 — de la carotide et de la sous-clavière, 352.
 Lipome, 307.
 Luxation du coude, 43, 350.
 — du fémur, 196.
 — de l'humérus, 221.
 — du radius, 350.

M

- Mal de Pott, 256, 360.
 Mamelles (tumeurs des), 167, 176.
 Matrice (chute de la), 35, 119, 131, 135.
 — (tumeur de la), 60.
 Maxillaire inférieur (fracture du), 10.
 — (tumeur du sinus), 5, 326.
 Méningite tuberculeuse, 44.
 Microscope (discussion), 167.
 Moelle (épithélioma des enveloppes de la), 67.
 Muscles (atrophie grasseuse des), 217.

N

- Nécrose du cartilage cricoïde, 81.
 Néphrite, 73, 202.
 Névrome du nerf optique, 44, 178.
 Nouveau-né (arthrite scapulo-humérale chez un), 48.

O

- Oblitération veineuse, 66.
 Œdème du cerveau, 165.
 — de la glotte, 81, 333.
 Œsophage (cancer de l'), 107.
 Orbite (fracture et corps étranger de l'), 325.
 Oreilles (lésions des), 114.
 Ovaires (tumeurs des), 37.
 Ovaire (cancer avec kyste de l'), 238.
 — (hématocèle de l'), 306.
 — (inflammation de l') dans la varicelle, 299.

P

- Paralysie diphthérique, 252.
 Perforation de l'intestin grêle, 241, 299.
 — de la trachée, 13.
 Phlébite (oblitération après la), 66.
 Péricarde (adhérence et granulations du), 7.
 Péritoine (corps étrangers du), 97.
 Pharynx (corps étranger du), 185.
 Pied-bot varus, 304.
 Pituitaire (tumeur du corps), 105.
 Placenta (expulsion tardive du), 211.
 Poumons infiltrés de matières charbonneuses, 57.
 Prolapsus utérin, 35, 119, 131, 135.

R

- Rachitisme crânien, 249.
 Radius (luxation du), 350.
 Rate (productions accidentelles de la), 352.
 Rectum (rétrécissement du), 10.
 — (imperforation congénitale du), 211.
 Rénales (anomalie des artères), 304.
 Rein (tubercules du), 212.
 Rétrécissement du bassin, 354.
 — cicatriciels de l'intestin grêle, 184, 269.
 — du cardia, 272.
 — du rectum, 100.
 — de l'urèthre, 109.

S

- Sinus maxillaire (tumeur du), 5, 326.
 Spina bifida, 342.
 Surdité, 114.

T

- Testicule (kyste avec enchondrome du) 161.
 — (tubercules du), 2.
 Thyroïde (kyste du corps), 313.
 — (hypertrophie du corps), 348.

Tibia (enchondrome du), 296.
 Torsion congénitale de la verge, 87.
 Trachée (perforation de la), 13.
 — (ulcérations de la), 17, 39, 112.
 Trachéotomie, 9, 113, 189, 365.
 Tubercules de l'épididyme seul, 334.
 — du nerf optique, 44.
 — du péricarde, 8.
 — du rein et de l'uretère, 212.
 — du testicule, 2.
 — de l'urèthre, 36.
 Tumeur de la commissure labiale, 5.
 — du cercelet, 244, 310, 363.
 — du cerveau, 98, 105.
 — épithéliale de la langue, 16.
 — encéphaloïde du fémur, 54.
 — des ovaires, 37.
 — du sinus maxillaire, 5, 326.
 — du sein, 167, 339.
 — de l'utérus, 60.

U

Ulcère simple de l'estomac, 212.
 Ulcérations de la trachée, 17, 39, 112.
 Urèthre (caverne tuberculeuse de l'), 36.
 Urèthre (corps étranger de l'), 173.
 — (rétrécissement de l'), 109.
 — (calcul de l'), 330.
 Urineux (abcès), 109, 331, 340.
 Utérus. Voyez *Matrice*.

V

Veine mésentérique anormale, 36.
 Veines (oblitération des), 65, 66.
 Verge (torsion congénitale de la), 87.
 — (cancroïde de la), 3.
 Vertébrale (carie), 360.
 Vessie (fongus de la), 35, 350.
 Vésico-vaginale (fistule), 162.
 Vulve (esthiomène de la), 305.

TABLE

DES

TRAVAUX ORIGINAUX, OBSERVATIONS ET MÉMOIRES.

Allaux. Communication accidentelle de la fin de l'intestin grêle avec le rectum (Obs.), 346.

Baudot. Encéphalocèle de la partie postérieure du crâne (Obs.), 22. — Tumeur du cerveau (Obs.), 98. — Anévrisme disséquant de l'origine de l'aorte, rompu dans le péricarde (Obs.), 187.

Bonfils. Anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte; symptômes d'angine de poitrine; mort (Obs.), 90.

Broca. Plaie d'arme à feu; fracture spiroïde du fémur (Rapport), 141.

Chalvet. Atrophie avec dégénérescence graisseuse des nerfs et des muscles de la cuisse, suite de contracture, chez un paralytique (Obs.), 217.

Coulon. Cancer de l'œsophage ayant amené la compression de la trachée. — Croup survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde; trachéotomie; mort; autopsie (Obs.), 189.

Descroix-Lilles. Blessure produite par l'une des grenades fulminantes du 14 janvier 1858; projectile arrêté dans l'intérieur du canal médullaire; fracture spiroïde du fémur; ossification de la moelle; mort (Obs.), 136.

Dolbeau. Torsion congénitale de la verge (Rapport), 89. — Hématocèle du scrotum (Obs.), 215.

Duboué. Néphrite consécutive à la lithotritie (Obs.), 73. — Névrome du nerf optique droit (Obs.), 178. — Luxation complète du fémur dans le trou ovale, ou ischio-pubienne (Obs.), 196.

Durante. Invagination intestinale (Obs.), 28.

Genouville. Œdème de la glotte; nécrose du cartilage cricoïde; trachéotomie; mort. (Obs.), 81.

Gros (Camille). Croup compliqué de diphthérie nasale et vulvaire; trachéotomie; guérison. Huit jours après, angine couenneuse maligne; mort; autopsie; altération du sang (Obs.), 365.

Jouon. Éléphantiasis (?). Transformation fibro-plastique et graisseuse des muscles et du tissu cellulaire du bras, du sous-scapulaire, du grand pectoral, etc. (Obs.), 192.

Labbé (Ed.) Embolie artérielle (Rapport), 234.

- Ladroit de la Charrière.* Méningite tuberculeuse; tubercule du nerf optique droit chez un enfant de onze mois (Obs.), 44.
- Lancoreaux.* Rétrécissement syphilitique du rectum (Obs.), 100.
- Lefort.* Mal de Pott cervical (Rapport), 239.
- Legendre.* Note sur la hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat, 25.
- Lemarié.* Kyste enflammé et suppuré du lobe gauche du corps thyroïde (Obs.), 313.
- Liégeois.* Kystes multiples du creux poplité, 315.
- Marcé.* Note sur l'œdème du cerveau, 165.
- Martineau.* Tumeur du cervelet; excitation de l'appétit vénérien (Obs.), 244.
- Millard.* Hernie crurale étranglée; opération le dixième jour; mort; (Obs.), 21.
- Perrin.* Fissure complète du fémur (Obs.), 62.
- Raynaud.* Luxation intra-coracoïdienne de l'humérus, compliquée de fractures de côtes (Obs.), 221.—Gangrène sèche de la jambe attribuée à une embolie artérielle; amputation; mort au bout de huit jours (Obs.), 226.
- Roché.* Angine pseudo-membraneuse; paralysie du voile du palais consécutive; passage d'un bol alimentaire dans la bronche gauche; asphyxie (Obs.), 252.
- Témoin.* Arthrite scapulo-humérale; abcès métastatiques dans le tissu cellulaire sous-cutané, chez un enfant de quinze jours (Obs.), 48.
- Trélat.* Luxation ischio-pubienne (Rapport), 199.
- Verneuil.* Note sur le prolapsus utérin, 122.
- Vidal.* Œdème de la glotte; laryngo-nécrosie (Rapport), 84.
-

TÂBLE

DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉES DANS CE VOLUME.

A
Allaux, 346.

B
Bail, 337.
Barth, 209.
Baudot, 32, 34, 98, 187.
Bergeron, 57.
Blondet, 67.
Bonfils, 90.
Bricheteau, 112.
Broca, 141.

C
Campana, 35, 118.
Caudmont, 301, 330, 331, 340.
Chalvet, 68, 217, 242, 304, 341.
Coulon, 107, 176, 189, 243.
Cruveilhier (Ed.), 8.

D
Delaunay, 16.
Depaul, 119, 128.
Descroizilles, 136, 238.
Dolbeau, 13, 36, 89, 215, 266, 291, 296, 338.
Duboué, 73, 178, 196.
Dufour, 167, 211.
Dumont, 61.
Dumont-Pallier, 66.
Duchaussoy, 307.
Durante, 28, 42.

F
Frits, 326.

G
Gallard, 121, 127.
Garnier, 17, 20, 212.
Gellée, 13, 114, 209, 333.
Genouville, 81.
Gingeot, 60.
Gros (Camilie), 5, 7, 354, 357, 359, 360, 362, 365.
Guerlain, 87, 173, 319.
Guyon, 6, 10, 134, 339, 350.

H
Houël, 128, 182, 222.

J
Jaccoud, 241.
Jacquard, 211.
Jouon, 161, 192, 213.

L
Labbé (Ed.), 234.
Ladreit de la Charrière, 44.
Lancereaux, 100, 105, 116, 269, 339.
Launay, 312, 351.
Lefort, 259, 352.
Legendre, 25, 127, 130, 135.
Lemarié, 313, 327, 352.
Luys, 219, 299.
Liégeois, 315, 317.

M
Marcé, 165.
Martineau, 244.
Meunier, 305.
Michel, 97.

436 TABLE DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS.

Michon, 165, 295.

Millard, 11, 21, 81, 184, 185, 212,

299, 368.

Molland, 59.

P

Pamard, 43.

Paul, 70, 72.

Perrin, 62.

R

Raynaud, 221, 226, 348.

Roché, 252, 310.

Royer, 3.

S

Schulze, 54.

Sée (Marc), 171.

Simon (Edmond), 306.

Siredey, 272, 298, 334, 350.

N

Témoin, 2, 48, 68, 210.

Tissier, 7, 160, 182.

Tillaux, 35, 36, 109, 119.

Trélat, 182, 199.

V

Verneuil, 65, 113, 119, 122, 131,

162, 169, 222.

Vidal, 84, 96.

